

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 16

TRAITEMENT

DES

Ascites cirrhotiques d'origine alcoolique

PAR LA

DÉRIVATION INTESTINALE

MÉTHODE DE CHAUFFARD

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 23 novembre 1910

PAR

GEORGES BONHOMME

Né à Lyon, le 9 juillet 1883



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 16

TRAITEMENT

DES

Ascites cirrhotiques d'origine alcoolique

PAR LA

DÉRIVATION INTESTINALE

MÉTHODE DE CHAUFFARD

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 23 novembre 1910

PAR

GEORGES BONHOMME

Né à Lyon, le 9 juillet 1883



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14

1910



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. Doyen.
J. COURMONT. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVF,
LÉPINE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON A.)
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....		BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		X..
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	NOGIER.	TAVERNIER
REGAUD.	LESIEUR.	LATARGET	CADE
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN	BRETIN	MOURIQUAND
GAYET.	LAROYENNE	LÉRICHE	ARLOING (F.)
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THÉVENOT	GUILLEMARD
PATEL.			

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COURMONT J., Président ; PIC, Assesseur ;
MM. LÉPINE et MOURIQUAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PERE

*Je dédie de tout cœur ce modeste
travail parce qu'il m'a donné
l'exemple constant de ce qu'était
un homme honnête et bon.*

INTRODUCTION

On a cru longtemps que les cirrhoses hépatiques étaient des maladies incurables.

Cependant dès 1879, Semmola affirmait que certaines cirrhoses peuvent guérir. Il ajoutait que c'était celles où le foie était hypertrophié.

Depuis les travaux récents de Leudet, Lancereaux, Dujardin-Beaumetz, Troisier, Françon, ont prouvé qu'un traitement médical sévère et précoce pouvait amener la maladie à ne plus donner de signes et qu'un nombre de cas pouvaient être amenés à un état que l'on pouvait considérer comme la guérison.

En réalité, ces cas n'apparaissent pas comme très nombreux, et les moyens thérapeutiques que peut avoir à sa disposition le clinicien ne sont pas très étendus. Toute contribution à l'étude du traitement des cirrhoses peut être utile et c'est pourquoi nous avons entrepris ce modeste travail.

L'idée en a été fournie par un article du professeur Chauffard paru dans la *Semaine Médicale*, du

du 28 Mai 1902. Dans cet article le professeur Chauffard insistait sur l'hyperpurgation comme traitement des ascites.

Depuis cette époque, une application régulière a été faite de cette méthode dans le service du professeur Courmont et c'est le résultat pratique de huit années que nous allons exposer et discuter.

Nous devons au professeur Courmont de pouvoir publier les observations qui font l'objet de notre thèse, dont il a bien voulu accepter la présidence. Cet honneur qu'il nous fait est une marque de plus de l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner dès avant et pendant toute la durée de nos études médicales.

Plus que tout autre nous pouvons reprendre une formule bien vieille, mais que nous emploierons car c'est elle qui rend le mieux notre pensée : nous avons trouvé en lui non seulement un maître, mais un ami, et nous lui en avons une profonde reconnaissance.

Nous voudrions qu'il soit bien persuadé que l'expression de notre gratitude n'est point de commande, mais qu'elle correspond à des sentiments sincères qui ne demandent qu'à être mis à l'épreuve.

Nous devons aussi des remerciements profonds à nos Maîtres pour l'accueil bienveillant et l'intérêt qu'ils nous témoignèrent. Nous emportons le meilleur souvenir des services de MM. Vignard, Bérard, Villard, Pr Fabre, Péhu.

Nous prions en particulier MM. les professeurs Aug. Polosson et Lannois, M. le professeur agrégé

Tixier, d'être assurés de notre profonde reconnaissance pour la sympathie et le dévouement dont ils nous donnèrent la preuve dans des circonstances pénibles : nous n'oublierons jamais l'intérêt affectueux qu'ils nous témoignèrent dans ces occasions.

CHAPITRE PREMIER

Quelques considérations sur l'évolution des ascites cirrhotiques.

Dans le numéro du 28 mai 1902, de la *Semaine Médicale*, le professeur Chauffard (1) est amené à accorder au traitement par les purgations répétées une place que l'on n'avait pas faite jusque dans le traitement de l'ascite des cirrhoses.

Il y est conduit par des considérations de physiologie pathologique et de clinique.

« Il est bien évident, dit-il, que la ponction abdominale n'est qu'un pis-aller, un traitement de nécessité et non une méthode de choix. Elle ne doit intervenir que quand l'ascite, malgré un traitement médical approprié, a pris un développement suffisant pour forcer la résistance de la sangle abdominale et devenir une cause de gêne mécanique.

« Pour empêcher thérapeutiquement, ou tout au moins pour restreindre la reproduction de l'ascite, nous ne disposons (abstraction faite de l'opération

(1) Evolution et guérison des ascites cirrhotiques (p.177-180).

de Talma) que d'une méthode : soustraire de l'eau à l'organisme, déshydrater assez les tissus pour modifier le courant osmotique abdominal et faire reprendre dans la réserve ascitique de quoi compenser les pertes en liquide subies par l'organisme.

« Tel est le but physiologique auquel tendent nos efforts et pour l'atteindre nous pouvons utiliser plusieurs voies qu'il est intéressant de comparer entre elles.

« Un d'eux est peu employé thérapeutiquement chez les cirrhotiques : c'est la diaphorèse. On ne pourrait obtenir de perte abondante de liquide qu'en risquant d'affaiblir trop le malade ou de le mettre même en état de collapsus.

« Au contraire l'élimination surabondante par le rein ou par l'intestin peut être suivie de guérison, soit que cette élimination semble se produire spontanément, et parfois d'une façon très inopinée, au cours de la maladie, soit qu'elle ait été provoquée thérapeutiquement ».

Mais ajoute le professeur Chauffard « tous les ascitiques curables n'arrivent pas à la guérison par le mécanisme de la polyurie critique. Certains d'entre eux ne sont accessibles qu'aux moyens agissant par la voie intestinale et ce que fait la diurèse chez les uns, la pluie séreuse par l'intestin le détermine chez les seconds, qu'elle soit spontanée ou provoquée.

« Pourquoi cette différence d'évolution physiologique suivant les sujets ? C'est ce qu'il est assez diffi-

le de préciser. Perméabilité sécrétoire dans les deux cas, mais orientée diversement, vers le rein ou vers les glandes intestinales, suivant les aptitudes fonctionnelles de chaque organisme, nous ne pouvons aller au-delà de cette formule très générale ». Ainsi il existe des ascites cirrhotiques curables par la diurèse, il en est que l'on ne peut faire disparaître qu'en provoquant une « pluie séreuse intestinale ».

Cette proposition est vigoureusement mise en lumière par l'observation que rapporte l'auteur dans le même article et que voici :

« C'est un homme de quarante-cinq ans, non syphilitique, mais ayant fait pendant longtemps des excès éthyliques de tout genre. Depuis quelques années, il ne buvait plus que peu de vin, mais consommait encore de nombreux petits verres.

« Malgré cet alcoolisme chronique, la santé générale était restée bonne, quand le 22 juin 1901, cet homme reçoit au-dessus de la fosse iliaque gauche un coup de fleuret démoucheté, qui fait une plaie pénétrante de l'abdomen pour laquelle une laparatomie est pratiquée par M. Schwartz.

« Les suites opératoires sont des plus simples, mais le 25 juin apparaît un subictère qui devient plus foncé les jours suivants et se complique de tuméfaction progressive du foie, de cholurie, de décoloration fœcale. Les membres inférieurs s'œdématisent, de l'ascite se forme dans le ventre et le 17 juillet, vingt-cinq jours après le traumatisme, une première ponction donne issue à 5 litres de liquide citrin.

« L'épanchement se reproduit plus abondant et trois paracentèses sont pratiquées en ville, elles permettent de retirer 15 litres et, le 25 octobre, passage dans nos salles.

« Nous trouvons le malade très amaigri, avec un ventre énorme, à grosse ascite libre, bien que le réseau veineux soit faiblement développé. Après évacuation de 16 litres de sérosité citrine, nous constatons que le foie dépasse un peu le rebord costal, qu'il est dur, non bosselé, que la rate ne paraît que légèrement hypertrophiée.

« L'infiltration œdémateuse des membres inférieurs est considérable.

« Du 3 au 5 décembre, 80 litres de liquide sont retirés en 6 fois. L'ascite se reproduit toujours avec une incroyable rapidité, si bien que du 17 juillet au 22 décembre 182 litres de liquides ont été évacués en 14 paracentèses.

« Malgré le régime lacté, l'administration successive de l'oxymel scillitique et de la potion diurétique de Millard, le taux des urines ne dépasse pas 1 litre à 1 litre 1/2. Le patient est profondément amaigri et commence à se cachectiser.

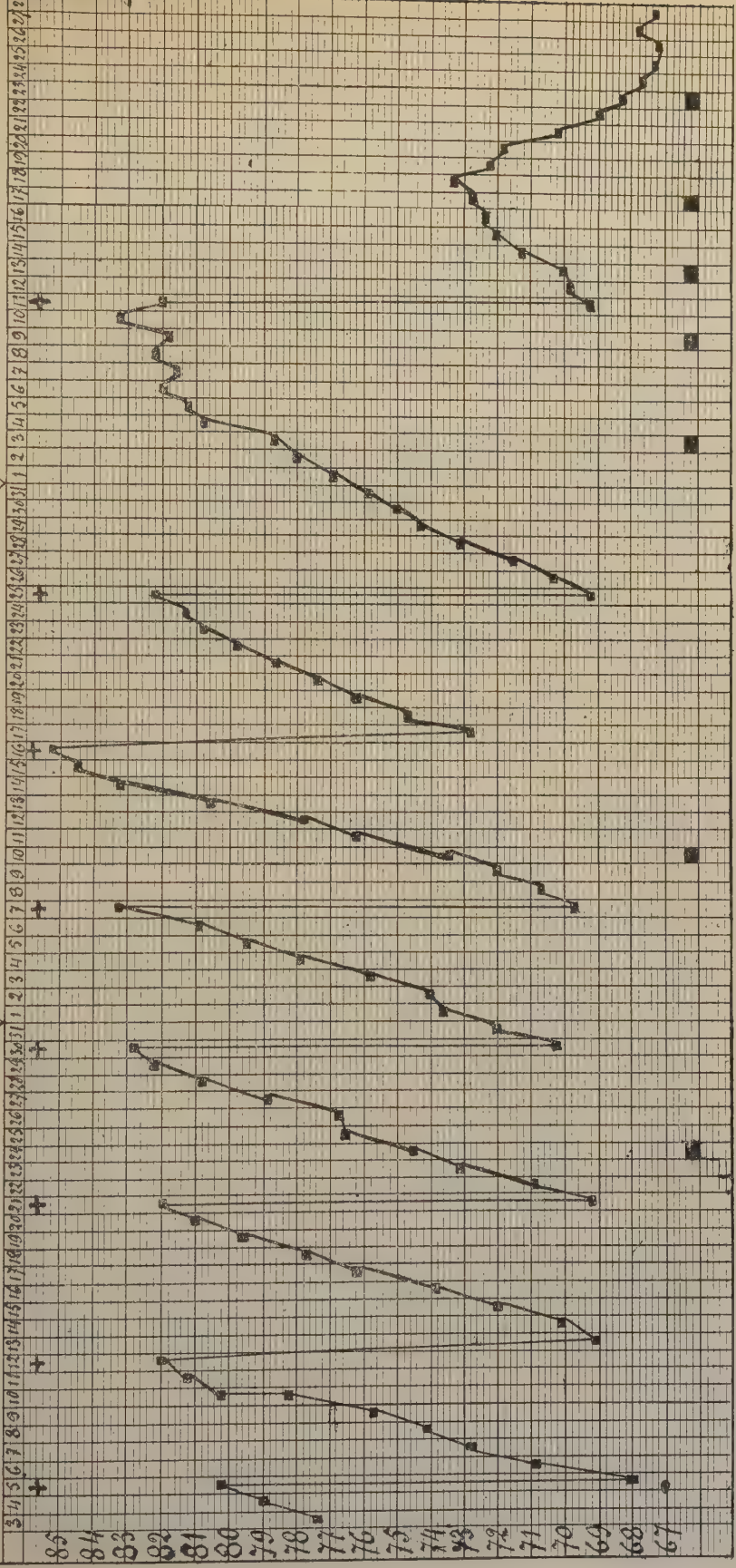
« Dès lors, une nouvelle médication est instituée et cet homme est soumis à des purgations répétés par l'eau-de-vie allemande (voir courbe). Malgré une légère bronchite diffuse vers le 24 janvier et une petite poussée pleurétique droite à la fin du même mois, l'épanchement à partir du 26 janvier, se reproduit beaucoup plus lentement. Une dernière ponction de 13 litres 1/2 est pratiquée le 12 février. L'état géné-

Obs " Pr Chauffard

Décembre 1901

Janvier 1902

Février 1902



Les + en haut indiquent les ponctions. — Les ■ au bas, les purgations.

ral du malade commence à s'améliorer; de profondément cachectique qu'il était il arrive peu à peu à reprendre ses forces, quitte l'hôpital le 2 mars et revient 15 jours plus tard vraiment en pleine convalescence; l'ascite, presque nulle au moment de la sortie de nos salles, a complètement disparu, ainsi que l'œdème des membres inférieurs; l'appétit est revenu, les forces se réparent de jour en jour. Depuis lors cet homme a repris son travail, est revenu nous voir plusieurs fois. Il est guéri ou paraît l'être, mais le foie reste un peu gros et dur et la rate notablement hypertrophiée, continue à déborder le rebord costal.

« En deux cent dix jours, 249 litres de liquide ascitique ont été retirés par 19 ponctions ».

Ce résultat est en tous points remarquable. Le professeur Courmont appliqua ce qu'il appela la « méthode de Chauffard » à toutes les cirrhoses ascitiques de son service.

Cette méthode de Chauffard consiste essentiellement en ponctions et purgations répétées, dans sa partie originale.

Purgation pour empêcher le liquide de se former, ponction lorsque l'ascite devient une gêne mécanique.

Mais comment surveiller cette ascite? « A quel moment faut-il réitérer la ponction, dans quel sens évolue l'épanchement comme vitesse et abondance de reproduction, voilà tout autant de questions auxquelles la réponse clinique précise pourrait être difficile à faire, si l'examen de la courbe quotidienne

du poids corporel ne venait nous guider. Celle-ci, en effet, est des plus démonstratives; nous voyons se reproduire l'ascite; de jour en jour nous en apprécions les progrès et pour ainsi dire le rythme de sécrétion ».

Ce procédé ingénieux de contrôle de la marche de l'ascite avait été indiqué déjà par le professeur Chauffard dans un article de la *Semaine Médicale* de 1901 (p. 233-236).

Donc purgations répétées à l'eau-de-vie allemande, ponctions répétées toutes les fois que la courbe du poids en indique la nécessité, voilà ce qui constitue l'originalité de cette méthode.

Celle-ci, appliquée régulièrement dans le service du professeur Courmont depuis 1902-1903, a donné les résultats que nous allons exposer, en nous efforçant de ne présenter que des observations complètes de malades longtemps suivis.

Les cas que nous présentons comme des guérisons sont des cas où les malades ont repris depuis seize, vingt-cinq mois, trois ans leur travail pénible, qu'ils accomplissent sans fatigue, en suivant un régime alimentaire ordinaire où seul l'alcool a été supprimé. On peut donc bien les considérer comme des guérisons.

Nous n'avons rien trouvé dans la littérature médicale ayant directement trait à notre sujet. Le professeur Chauffard a, d'ailleurs, aimablement répondu à notre demande qu'il n'avait fait personnellement aucun travail nouveau et qu'il ne connaissait point d'étude récente sur la question.

CHAPITRE II

Observations

Nous rapportons dans ce chapitre tous les cas sans exception de cirrhoses hépatiques avec ascite dans lesquels le traitement de Chauffard a été institué, même ceux où le succès était impossible en raison d'autres lésions.

Nous diviserons ces observations en deux groupes. Dans le premier, nous ferons entrer les cas des malades dont la cirrhose n'était pas pure, c'est-à-dire les malades qui présentaient en même temps que leur lésion hépatique, une affection concomitante grave ; le second groupe comprendra les cas de cirrhose pure, c'est-à-dire où l'affection hépatique était toute la maladie et où les autres organes étaient exempts de toute atteinte sérieuse.

A dire le vrai, nous eussions pu n'envisager que cette seconde catégorie de faits. C'est, en effet, sur ceux-ci que l'on pouvait se rendre le mieux compte

de l'influence du traitement au point de vue strict des ascités cirrhotiques alcooliques.

Mais il nous a paru qu'il était plus sincère de rapporter tous les cas dans lesquels l'application de la méthode avait été faite. La statistique en faveur du traitement par les purgations répétées suivant immédiatement les ponctions sera moins brillante, car un rapide aperçu jeté sur les deux groupes d'observations montre que tous les succès sont des cirrhoses pures et les insuccès des cirrhoses compliquées d'une autre affection. Mais nous estimons que, d'une part, en clinique, il n'est point de fait qui ne puisse donner un enseignement et que, d'autre part, c'est un devoir de présenter dans leur intégrité la série de tous les documents sur lesquels s'étaient nos conclusions.

Groupe A. — (Echecs)

OBSERVATION I

ALCOOLISME. — CIRRHORE AVEC ASCITE. — 5 SÉJOURS. — AMÉLIORATION PASSAGÈRE. — MORT. — AUTOPSIE. — CIRRHOSE HÉPATIQUE. — TUBERCULOSE.

Jou... Maximin, 48 ans, clerc d'avoué.

Antécédents héréditaires. — Père mort de cardiopathie. Mère morte âgée.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle.

Fluxion de poitrine en 1870.

Blennorrhagies multiples et légères.

Chancre mou et bubon suppuré inguinal.

On note dans ses antécédents collatéraux que sa femme est

morte d'une arthrite bacillaire à la hanche et qu'un de ses enfant est mort de méningite.

Personnellement : Alcoolisme habituel.

Beaucoup de vin et surtout beaucoup d'alcools variés, avec recrudescence notable ces temps-ci à la suite d'ennuis.

Diminution de l'appétit, pituites} matutinales, cauchemars nocturnes.

A toujours eu un teint légèrement jaunâtre. Ni constipation, ni diarrhée.

Pas d'augmentation du volume du ventre. Un peu d'amaigrissement.

Il y a dix jours, après une journée de travail sans excès d'aucune sorte, le malade a été pris brusquement de violentes douleurs abdominales sans localisations spéciales, avec légère décoloration des matières. Vomissements glaireux et abondants, sans augmentation du volume du ventre.

Cet ensemble douloureux a duré environ douze heures. Une atténuation des souffrances lui a succédé en même temps que le malade voyait ses urines diminuer de quantité, prendre une teinte acajou foncé, les matières devenir couleur mastic et un léger ictère du visage apparaître.

Il y a 5 jours environ, le malade éprouva une sensation de ballonnement du ventre et constata une augmentation considérable du volume de l'abdomen.

A son entrée.— Le malade est assez amaigri à son dire. Il a la face pâle et jaunâtre, les conjonctives jaunes. Il a perdu ses forces. Son appétit est irrégulier. Pas de troubles fonctionnels du tractus intestinal.

Abdomen. — Ventre de batracien avec sonorité au centre et matité dans les flancs remontant à un fort travers de doigt au dessus des arcades. Cette matité se déplace suivant les différentes positions du malade.

Sensation de flot. Pas de choc hépatique.

La circulation veineuse collatérale est bien développée sans qu'à vrai dire, il y ait la figuration d'une tête de Méduse.

Pas d'œdème des membres inférieurs, ni du scrotum, pas de varices.

La *matité hépatique* commence à un travers de doigt au-dessous du mamelon et se perd dans ses limites inférieures.

La forte tension de l'abdomen empêche toute palpation.

Cœur. — Pas de modifications notables. Pas de troubles à la circulation veineuse.

Poumons. — Légère diminution de la sonorité aux deux bases.

Pas de modifications respiratoires.

Ni toux, ni expectoration.

Légère dyspnée d'effort.

Urines. — Ni sucre ni albumine. ni pigments biliaires.

Température — 37°7.

9 novembre 1901. — L'état général du malade est bon.

La température est normale en général, sauf un jour où elle atteint 38°5 et un autre 36°8.

Quatre ou cinq selles qui commencent à jaunir.

Urines 1.500 gr. couleur acajou, se troublant rapidement à l'air sans éléments anormaux.

L'ascite paraît avoir augmenté.

Le malade boit 3 litres de lait.

On lui administre 0 gr. 25 de calomel et un lavement purgatif.

11 novembre 1901. — Le malade a pris chaque jour 0 gr. 25 de calomel et un lavement purgatif.

Onze selles en deux jours légèrement teintées.

Le ventre est plus souple.

On continue le même traitement.

13 novembre 1901. — Le ventre est plus souple, très étalé, peut-être par suite de diminution du météorisme.

L'ictère a complètement disparu.

Urines un litre.

14 novembre 1901. — Urines deux litres.

15 novembre 1901. — On supprime le calomel et on ajoute quelques légumes au régime lacté.

19 novembre 1901. — Le ventre est plus tendu. La matité remonte au-dessus de l'ombilic.

La circulation collatérale est plus développée.

22 novembre 1901. — Ponction de l'ascite qui donne 3.300 gr. d'un liquide verdâtre très légèrement trouble, se prenant en masse par l'acide azotique, la chaleur, l'acide acétique.

Cytologie du liquide : Nombreux éléments cellulaires groupés en placard sur la préparation.

Il y a un certain nombre de cellules endothéliales du péritoine, quelques rares globules rouges.

Des mononucléaires et des polynucléaires en nombre égal; quelques éosinophiles.

Le liquide conservé 48 heures ne se coagule pas.

Après la ponction, on sent à la palpation de la région hépatique des masses indurées, bosselées, volumineuses, paraissant être adhérentes au foie, mais n'étant pas le foie lui-même. A l'angle gauche du colon, même sensation, mais moins nette.

La matité du foie commence à trois travers de doigt au-dessous du mamelon, descend au dessous des fausses côtes et n'a pas une matité supérieure à 10 cent.

25 novembre 1901. — Le liquide s'est reproduit en partie.

27 novembre 1901. — Le liquide s'est reproduit. On continue à sentir les masses indurées qui paraissent extrêmement dures. On donnera tous les deux jours un lavement purgatif.

5 décembre 1901. — Abdomen très volumineux et ballonné.

Matité jusqu'à l'ombilic. Circulation complémentaire très développée.

Le malade accuse de la dyspnée mécanique.

12 décembre. — Ponction de 7 litres d'un liquide analogue au précédent.

On sent toujours les mêmes masses indurées.

13 décembre. — Reproduction du liquide au moins à la moitié de la quantité antérieure.

20 décembre. — Le liquide s'est reproduit en totalité avec développement de la circulation complémentaire diffusé.

24 décembre. — Ponction d'urgence de 11 litres 500, d'un liquide jaune citrin.

Examen cytologique analogue au précédent. Le foie est petit (9 cent. de matité), ne dépasse pas les fausses côtes.

Mêmes masses indurées avec en plus, au-devant de l'estomac, une bride indépendante des fausses côtes, pouvant être saisie entre deux doigts, donnant une sensation de cartilage, suivant les mouvements du foie dans la respiration.

28 décembre. — Le liquide s'est reproduit aussi abondant.

Le malade urine peu. L'urine est foncée. La réaction d'Haycraft est légèrement positive.

11 janvier 1902. — Ponction de 14 litres d'un liquide clair. Mêmes résultats à l'examen cytologique.

13 janvier. — Le liquide s'est en partie reproduit. Le malade boit 3 litres environ et n'urine que 200 gr.

28 janvier. — Ponction de 18 litres. Même formule cytologique, même état abdominal.

31 janvier. — Sorti en permission et n'est pas rentré.

L'état général était identique.

Le liquide se reforme rapidement.

2^e Séjour. — 4 avril 1902. — Rentre après un séjour à l'Hôtel-Dieu où il a subi deux ponctions de 18 et 21 litres.

La dernière ponction date d'un mois environ.

L'ascite est de nouveau considérable, la circulation complémentaire très développée.

Le malade est un peu amaigri, mais son état général n'a pas sensiblement baissé.

5 avril. — Ponction de 13 litres 300.

Cytologie du liquide : Beaucoup de globules rouges. Pas de polynucléaires. Quelques lymphocytes, beaucoup de mononucléaires à protoplasma.

7 avril. — Après la ponction on a redonné le liquide en lavements de 300 gr. (2 le 5; 4 le 6, et on continue aujourd'hui).

Le malade les a bien gardés et il semble qu'il se soit senti moins affaibli qu'après les autres ponctions.

L'ascite s'est déjà reproduite de façon très rapide.

La matité occupe tout l'abdomen sauf l'épigastre où le flot a reparu.

16 avril. — Ponction de 15 litres. Liquide jaune foncé.

30 avril. — Ponction de 17 litres. Liquide jaune foncé.

16 mai. — Ponction de 15 litres. Même formule cytologique que précédemment.

30 mai. — Le liquide paraît se reproduire moins vite, l'urine est plus abondante.

A partir d'aujourd'hui on donnera 40 grammes d'eau-de-vie allemande tous les quatre jours. Poids 75 kgs 600.

23 juin. — On n'avait pas fait de ponction depuis le 16 mai.

Le liqu.de s'est donc reformé beaucoup plus lentement depuis que le malade prend de l'eau-de-vie allemande. Poids 78 k. 200.

Aujourd'hui, ponction de 7 litres $1/2$ d'un liquide citrin.

Après la ponction on sent très bien, par la palpation abdominale, la rate. Poids 71 kilogs.

26 juin. — Le ventre n'est pas tendu,

Le liquide ne s'est pas reproduit aussi vite que précédemment. Poids 71 kgs.

La dilatation veineuse complémentaire n'est plus en saillie, mais comme applatie.

1^{er} juillet. — Ponction de 9 litres. Poids 64 kgs.

17 juillet. — Ponction de 5 litres 500.

28 juillet. — Depuis la dernière ponction le malade a augmenté un peu de poids, 66 kgs, mais il est sorti en permission à deux reprises.

Il quitte volontairement l'hôpital se disant guéri.

Pendant tout ce dernier séjour il a été au régime de la salle

Pendant toute la période du 30 mai à aujourd'hui, on a administré 40 grammes d'eau-de-vie allemande au malade, *soit 15 purgations* et le liquide s'est reproduit moins abondamment le ventre était souple, la circulation complémentaire affaissée.

3^e Séjour. — 10 septembre 1902. — Depuis sa sortie, le malade continue à se purger régulièrement tous les 4 jours, mais reprit l'habitude de boire du vin ($3/4$ de litre par jour). Au début de septembre il fit quelques excès alcooliques qui troublèrent son état satisfaisant jusqu'alors et son ventre a recommencé à se développer.

Actuellement le ventre est énorme, la circulation complémentaire très développée.

La rate, très nettement hypertrophiée, donne de 14 à 16 centimètres de hauteur de matité.

Etat général mauvais ; faciès grippé.

Pouls de tension faible avec de fréquentes fausses intermit-
tences.

Pas de température.

Urines assez foncées. — Pas d'albumine, ni de sucre, ni de réaction de Gmelin.

11 septembre. — Ponction de 15 litres, d'un liquide un peu

louche, contenant 6 grammes d'albumine par litre (soit une perte de 90 grammes d'albumine).

Examen cytologique. — Même formule.

15 septembre. — L'ascite s'est reformée rapidement.

19 septembre. — Depuis quelques jours le malade a de la température (38° le soir).

Il y a du liquide dans la plèvre droite (matité du tiers inférieur, flot, obscurité, signe du son, abolition des vibrations).

25 septembre. — Ponction d'ascite, 6 litres. La ponction s'est arrêtée, le liquide est rouge. — Nombreux globules rouges au microscope.

30 septembre. — Le malade ayant de la diarrhée on supprime les purgations.

7 octobre. — *On reprend les purgations*, 40 grammes eau-de-vie allemande tous les 4 jours.

11 octobre. — Le malade quitte l'hôpital.

4^e Séjour. — 27 janvier 1903. — Depuis sa sortie le malade a bu environ un tiers de litre de vin par jour, pas de liqueurs.

Régime ordinaire.

L'état général est resté stationnaire, l'amaigrissement n'a pas fait de progrès.

Le malade a continué à prendre environ une fois par semaine de l'eau-de-vie allemande.

Son ascite n'a augmenté que très lentement. Il n'a été ponction qu'une fois depuis sa sortie (6 litres).

Actuellement son ventre a augmenté de volume, il est étalé.

Circulation complémentaire bien développée, surtout dans la partie médiane de l'abdomen.

Signes d'ascite très nets.

Aux poumons obscurité des bases. — Matité qui semble due au refoulement du diaphragme par l'ascite. — Pas de signes anormaux.

Cœur normal.

Urines : léger disque d'albumine.

Pas de sucre.

On donne 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

19 février. — On cesse l'iodure et on donne 40 grammes d'eau-de-vie allemande tous les 4 jours.

Le liquide n'augmenté pas à cause de la diarrhée persistante.

17 mars. — L'ascite étant assez abondante, on fait une ponction et on retire 5 litres d'un liquide lactescent, presque chyliforme. Le repos ne donne pas de dépôt.

18 mars. — Après la ponction, le foie est toujours petit, la rate est énorme.

De plus, au niveau de l'estomac, on sent une masse médiane à la place de l'ancienne bride. Cette masse paraît indépendante de la rate et du foie.

24 mars. — La cytologie de l'ascite a montré surtout des globules rouges et des lymphocytes. Quelques rares polynucléaires et globules graisseux.

L'analyse chimique du liquide donne par litre (M. Boulud).

Matières grasses.....	0 gr. 50
Albuminoïdes.....	13 300
Extrait sec à 100°.....	22 50
Résidu fixe.....	9
Urée.....	2 80
Phosphates.....	0 008
Sucre.....	néant

La fibrine n'est pas comptée dans le poids des albuminoïdes.

5 avril 1903. — Le malade part en bon état, le liquide ne s'étant que peu reproduit. Il a pris 8 purgations.

5^e Séjour. — 2 mai 1903. — Le malade revient des convalescents. Son état fut satisfaisant jusqu'au 15 avril environ.

A cette époque, il eut pendant 2 ou 3 jours des frissons, des vomissements, s'accompagnant de douleurs abdominales, une constipation opiniâtre; son teint devint plus jauni.

Son abdomen prit un développement assez rapide, alors qu'auparavant l'ascite semblait ne s'être que peu reproduite, bien que le malade ne se soit purgé qu'une seule fois.

Actuellement le ventre est très développé, flot très manifeste, on n'a de la sonorité qu'à la partie supérieure.

Développement marqué de la circulation veineuse complémentaire,

Aux poumons, à noter en arrière et dans l'aisselle gauche, des bruits de frottement.

Urines : disques très épais d'albumine.

5 Mai. — La circulation collatérale est plus manifeste.

Le malade a beaucoup maigri.

On retire 4 litres 500 d'un liquide très hémétique, coulant très difficilement. Poids 72 kgs 500.

Réaction au gâac positive.

Cytologie. — Presque uniquement des globules rouges.

Quelques lymphocytes, quelques mononucéaires à protoplasma. Rares polynucéaires.

On sent après la ponction des masses péritonéales indurées qui expliquent le liquide hémétique et la difficulté de l'issue.

— On donne de l'eau de vie allemande, 40 grammes tous les 4 jours.

13 mai. — On donne 4 gr. d'iodure de potassium en lavement. Poids 70 kgs 700.

18 mai. — Ponction de 7 lit. 500 d'un liquide nettement hémorrhagique. Poids 76 kgs 200.

17 juin. — Ponction de 4 lit. 500 d'un liquide nettement hémorrhagique. Poids 81 kgs, On cesse les purgations.

29 juin. — Meurt dans le coma.

Autopsie. — Cadavre putréfié.

Toute la masse intestinale est englobée dans des fausses membranes, dures, hémorrhagiques qui donnent à la masse intestinale l'aspect d'une grosse tumeur enkystée. En réalité, il s'agit plutôt d'un plastron qui peut être séparé de la masse intestinale.

Peu de liquide hémorrhagique.

À l'centre, sous le foie et à côté de la rate : deux poches de liquide citrin.

Intestin congestionné.

Foie. — 1.200 gr., entouré d'une carapace fibreuse, mais décorticable, nettement clouté, très gras à la coupe.

Rate. — Enorme (900 gr), diffluent.

Reins. — Grös, congestionnés.

Se décortiquent bien.

Poumons. — Congestion des bases avec quelques fausses membranes pleurétiques et adhérences,

Tuberculose terminale.

Cœur. — Normal.

OBSERVATION II

CIRRHOSE AVANCÉE AVEC ASCITE. — AUTOPSIE. — SCLÉROSE
RÉNALE. — MIOCARDITE. — MORT.

Veuve Liau, 43 ans, épicière.

Pas d'antécédents héréditaires notables.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, vers quatre ans, elle aurait eu déjà un gros ventre qui guérit sans traitement, mais ses souvenirs sont peu précis. Elle a toujours eu une bonne santé.

Règlée à 14 ans.

Ménopause depuis 5 mois.

Elle nie l'alcoolisme, et dit ne boire que moins d'un litre de vin par jour, jamais de liqueurs.

Pourtant, avant le début de sa maladie, elle avait des pituites matutinales et actuellement on constate un léger tremblement des doigts. D'autre part elle ne veut que du champagne comme boisson.

La maladie actuelle a débuté il y a quatre mois par trois ordres de symptômes.

Sans troubles digestifs nets, sans perte d'appétit, sans vomissements, elle vit son ventre augmenter rapidement de volume, son teint devint jaune sale et il survint des hémorrhagies nasales et labiales au niveau de crevasses. Ces hémorrhagies persistèrent longtemps, survenant tous les jours.

Ces troubles augmentèrent de plus en plus, elle prit des ballonnements du ventre.

Jamais d'hématémèse, ni de mœlna.

Actuellement. — Le symptôme dominant est l'ascite.

Le ventre est très distendu, la paroi est très œdémateuse aux parties déclives de l'abdomen.

Le ventre est proéminent, pointu en avant, l'ombilic est peu déplissé.

Sensation de flot très nette, matité maxima, dans les flancs avec sonorité *tympanique* au milieu de l'abdomen.

La circulation collatérale est bien développée, surtout dans le groupe des veines para-ombilicales.

Le foie et la rate sont impossibles à explorer à cause de l'ascite.

Les fonctions digestives sont peu atteintes. Constipation habituelle, appétit conservé.

Les jambes sont variqueuses avec un œdème peu marqué.

On note une *petite escharre à la fesse droite*.

Cœur. — Normal.

Poumons. — Rien à noter.

Urines. — Rares très foncées, urobilinuriques sans albumine, ni pigments biliaires.

Les téguments présentent une teinte jaune sale surtout visible aux conjonctives, sans ictère proprement dit.

28 mars 1903. — Nouvelle hémorrhagie assez abondante des lèvres.

Urines : 300 à 400 grammes d'urines très chargées.

Plusieurs selles diarrhéiques.

Ponction d'ascite. — On retire 15 litres d'un liquide verdâtre, légèrement opaque sans être louche. Traité par l'acide azotique, il contient des traces d'albumine ; il prend un reflet bleuté, sans réaction de Gmelin.

Le liquide ascitique ne présente pas d'agglutination tuberculeuse (Ex. P. Courmont).

A la palpation il est difficile de palper le foie qui *n'est pas gros*. Rebord dur peut-être, un peu bosselé. Poids 66 kgs 500.

Examen par M. le professeur agrégé Tixier. Uterus un peu gros, mais sans affection néoplasique.

On commence à administrer à la malade, 20 grammes d'eau-de-vie allemande tous les quatre jours.

30 mars 1903. — On donne 2 gr. d'iodure de potassium en lavement. Poids 67 kgs.

6 avril 1903. — Le poids de la malade semble indiquer que le liquide ne se reforme pas. Poids 67 kgs 200.

On cesse les lavements d'iodure de potassium dont on a donné 8 grammes en tout.

8 Avril 1903. — Délire violent pendant la nuit.

10 Avril 1903. — *On cesse les purgations, on en a donné quatre en tout.*

12 Avril 1903. — Meurt dans l'hypothermie, dans un état subcomateux, avec oligurie subictère.

Autopsie. — A l'ouverture, adhérences pleurales aux sommets. Ascite abondante (15 à 20 litres), citrine avec quelques caillots sanglants.

Foie. — Petit, jaune, très dur à la coupe. Capsule épaissie et sur laquelle on voit de nombreuses granulations blanchâtres de la grosseur d'une tête d'épingle.

A la coupe, granulations typiques de sclérose.

Poids, 1100 grammes.

Vésicule remplie de boue biliaire et de petits calculs. Ces parois sont très épaissies

Rate. — Un peu hypertrophiée.

Légère sclérose à la coupe.

Poids : 170 grammes.

Reins. — Ne sont pas diminués de volume.

L'atmosphère périrénale est composée de graisse et de sclérose.

A la coupe, la substance corticale ne paraît pas diminuée, mais la capsule entraîne des parcelles de substance rénale.

Poids : 260 grammes les deux reins.

Intestin. — Très dilaté, rempli de gaz.

Le grand épiploon est rétracté, sclérosé.

Les veines mésentériques sont très dilatées.

Œsophage. — On note dans le tiers supérieur, de nombreuses dilatactions veineuses, variqueuses, non ulcérées.

Poumons. — Congestion et œdème accentués des bases.

Petit noyau de tuberculose au sommet gauche, très calcifié, gros comme une tête d'épingle, en somme très ancien.

Poids : poumon gauche, 400 grammes ; poumon droit, 530 grammes.

Cœur. — Mou, présente de la surcharge graisseuse.

Un peu d'adhérence de l'aorte.

Rien aux sigmoïdes.

Orifice mitral un peu dilaté, mais les valvules sont saisies.

Rien au péricarde.

Poids : 300 grammes.

OBSERVATION III

ALCOOLISME. — CIRRHOSE HÉPATIQUE AVEC ASCITE, NÉPHRITE
INTERSTITIELLE

Rig... Gustave, 62 ans, cocher.

Entré le 13 juin 1903.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, il a toujours été bien portant, il est marié, n'a pas d'enfants.

Il boit 3 litres de vin par jour et il y a quelques années, prenait jusqu'à 5 absinthes par jour.

Pas de tremblement des mains, léger tremblement de la langue.

Depuis quelque temps, le malade avait les digestions un peu plus difficiles, sans constipation.

Pituïtes matinales quotidiennes.

Quelques épistaxis légers.

Jamais de *melœna* ni d'hématémèse.

Il y a quatorze jours, assez subitement et pour la première fois, le malade s'aperçut que son ventre avait beaucoup augmenté de volume.]

Il ressent, à ce moment, des douleurs abdominales assez vives.

En même temps, la constipation s'établit et un ictère net colore la muqueuse conjonctivale.

Actuellement, c'est un homme vigoureux, au teint nettement jaune, surtout en ce qui concerne les conjonctives et la muqueuse sublinguale.

Son thorax est très globuleux et il est très essoufflé au moindre mouvement.

Poumons. — La sonorité est plutôt exagérée.

Respiration emphysémateuse, très superficielle en avant. Légère obscurité en arrière, avec, par places, quelques sibilances et des râles humides à la base droite.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas.

Rien aux sommets-

Cœur. — Bruits réguliers normaux.

Pouls régulier, de tension normale.

Abdomen. — Très distendu, avec un léger développement de la circulation veineuse complémentaire, surtout marquée à droite.

Très sonore sur la ligne médiane, il est nettement mat dans les flancs.

Flot manifeste.

Foie. — A la percussion, il paraît petit, il ne déborde pas les fausses côtes.

Rate. — Elle n'est pas perceptible à la palpation, mais sa matité verticale est nettement accrue.

Pas d'œdème des membres inférieurs qui présentent seulement de nombreuses cicatrices d'ulcères variqueux.

Urines. — Pas de sucre, pas d'albumine, pas de pigments biliaires.

Température. — 37.2 le soir, 38 le matin. Poids 78 kgs 300.

Le malade est mis au lait et au bouillon maigre.

15 juin 1903. — La température a augmenté. Elle oscille maintenant entre 39° le soir et 38°7 le matin. Depuis hier soir, le malade souffre de son membre inférieur droit, on note la présence d'une trainée rouge douloureuse à la face inférieure de la cuisse, et à la partie inférieure de la jambe.

Mollet non douloureux.

L'ictère est plus accentué.

Dans les aisselles, surtout à la jambe, on note la présence de petits nodules durs comme des billes adhérents à la peau, ne présentant pas l'aspect des ganglions habituels de l'aisselle mais plutôt de petites tumeurs de la peau.

19 juin 1903. — La température a baissé. La rougeur très diminuée.

27 juin 1903. — Ponction de l'abdomen. On retire 7600 gr. d'un liquide citrin.

Matité hépatique, 4 cm. Le foie ne se trouve pas, même en plongeant sous les fausses côtes. Il est pourtant légèrement douloureux. Poids après ponction 75 kgs 500.

29 juin 1903. — On donnera tous les 4 jours 40 grammes d'eau-de-vie allemande. Poids 73 kgs 700.

1^{er} juillet 1903. — On met le malade au régime ordinaire, poids 76 kgs.

21 juillet 1903. — Ponction, 8 litres d'un liquide jaune citrin.

Analyse chimique du liquide (M. Boulud) :

Densité : 1000,5.

Chlorure : 6 gr. 72 par litre.

Poids avant ponction 84 kgs, après 76 kgs 450.

23 juillet 1903. — Les bourses sont envahies par un œdème énorme. On évacue 200 gr. au moyen de tubes de Southey.

On cesse les purgations, soit 6 en tout.

25 juillet 1903. — Les bourses sont tendues rouges très douloureuses, on y applique des pansements humides.

Depuis quelques jours, frissons, anorexie, soif.

La température monte à 38°8.

On applique des tubes de Southey, qui donnent un liquide louche.

Examen cytologique de ce liquide : très nombreux leucocytes.

Examen bactériologique : pas d'éléments microbiens nets.

27 juillet 1903. — La température a baissé. Les bourses se sont affaissées, bien que toujours rouges.

28 juillet 1903. — L'ictère a augmenté.

3 août 1903. — Un abcès s'est collecté dans la bourse gauche avec un peu de sphacèle. Ouverture large (M. Tixier) de la poche purulente, sous le chlorure d'Ethyle.

13 août 1903. — La plaie va bien. La température est tombée. Le malade a des vomissements bilieux dès qu'il boit.

Douleurs abdominales. Ictère très marqué des conjonctives, peau jaune sèche, écailleuse.

Ponction abdominale, 7 litres d'un liquide louche, marron, mais non sanglant.

15 août 1903. — Mort.

Autopsie. — *Foie.* — Gros, 2 kgs 450, clouté, dur, cirrhotique. Vésicule grosse, pleine d'une bile épaisse, sans calculs.

Rate. — Enorme, 430 gr., diffluente.

Reins. — Les deux reins ensemble pèsent 410 grammes, se décortiquent bien.

Normaux à la coupe.

Deux ou trois litres de liquide ascitique.

Pas de liquide dans les plèvres.

Pas d'adhérences.

Pas de tuberculose.

OEdème de congestion aux deux bases des poumons.

Cœur normal.

Examen histologique (laboratoire à la Faculté). — Le foie sur les coupes présente une cirrhose intense dans laquelle des bandes et des îlots de sclérose occupent plus de surface que les portions restantes de parenchyme.

Ces dernières se réduisent à des îlots ovales ou ronds, de cellulés dont la plupart sont fortement pigmentées, remplies d'une poussière fine de grains ocreux.

Pour la sclérose, elle apparaît sous forme de grosses travées hyalines très riches en cellules rondes ou ovales.

Reins. — Lésions de néphrite interstitielle diffuse avec quelques glomérules fibro-hyalins.

Ces lésions sont légères mais nettes.

OBSERVATION IV

ALCOOLISME. — CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE DU FOIE. — TUBERCULOSE PULMONAIRE BILATÉRALE. — MORT

Ro... Benoît, 40 ans, robinettier.

Premier séjour. — Entre le 5 mars 1907.

Sa mère est morte de bronchite (?) ayant duré trois mois.

Son père est mort d'alcoolisme, dit-il.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance.

Bronchite à 12 ans, qui dura 6 mois.

Fluxion de poitrine à 27 ans.

Nouvelle bronchite à 37 ans d'une durée d'un an.

Alcoolisme mixte, au moins 4 litres de vin par jour, et un petit verre d'eau-de-vie tous les matins.

Pas de pituites. — Pas de cauchemars, ni de douleurs gastriques.

?? au service militaire.

Il a cessé son travail depuis 6 mois. Il se plaignait au début de ballonnement de l'abdomen et de douleur dans le côté droit. Cette douleur correspondait dans les reins, jamais dans l'épaule.

Constipation opiniâtre.

Depuis 8 mois environ il a perdu 15 kgs.

Diminution notable de l'appétit avec dégoût de la viande.

Actuellement l'appétit a reparu, mais le malade a perdu beaucoup de ses forces.

Il n'a pas d'insomnie.

Le malade paraît avoir un assez bon état général.

Foie est très gros. Sa limite supérieure est un peu abaissée, mais il dépasse de 3 travers de doigt le rebord costal. On peut d'ailleurs très bien suivre son bord inférieur tranchant qui de l'hypocondre droit se poursuit dans la région épigastrique en passant à deux centimètres au-dessus de l'ombilic. On sent très bien le lobe gauche à l'épigastre; il est très peu douloureux.

Par contre la pression est pénible sur le lobe droit qui paraît dur.

Rate donne 3 à 4 travers de doigt de matité, Elle est nettement perçue à la palpation, elle est douloureuse.

Constipation habituelle.

Ué peu d'ictère conjonctival.

Poumons. — Gauche normal.

Droit. — Au sommet en avant et en arrière.

Submatité. — Augmentation des vibrations.

Respiration très rude et ronflante mais sans râles.

A la base respiration également rugueuse.

Expectoration peu abondante muco-purulente.

Cœur. — Bruits réguliers normaux.

Pouls de tension moyenne.

Urines. — Ni sucre, ni albumine. Pas de pigments biliaires.

La malade est mis au lait et régime maigre.

18 mars. — Le malade part aux convalescents.

- Le traitement par les purgations n'a pas été institué.

2^e Séjour. — 27 janvier 1910. — Depuis sa sortie de l'hôpital, c'est-à-dire depuis 3 ans le malade s'est bien porté et n'a cessé de travaillé que depuis 20 jours. Par contre, sa bronchite a continué à évoluer, mais sans le fatiguer outre mesure.

Au début de janvier, il s'est aperçu que son ventre grossissait, ce qui l'amène à l'hôpital.

Actuellement, développement énorme de l'abdomen grosse ascite avec circulation veineuse complémentaire très développée.

Pas d'œdème des jambes ni des bourses.

Amaigrissement considérable.

Le malade tousse un peu et expulse des crachats purulents.

Pas d'appétit.

Poumons. — Matité des sommets en avant et en arrière.

A droite signés de ramollissement plus étendus en avant et descendant très bas.

A gauche, modifications du murmure de la fosse sus-épineuse. Sous la clavicule râles humides moins serrés et moins éclatants qu'à droite, mais assez nombreux.

Cœur. — Assez rapide. Petit souffle anorganique à la pointe. Température. — 38°.

Urines. — Normales. Poids 59 kgs.

On ponctionne le malade à l'arrivée et on retire seulement 4 litres d'un liquide un peu trouble, jaunâtre.

Après la ponction on peut sentir le foie qui déborde les fausses côtes, et recouvre le creux épigastrique. Il est dur et on obtient le ballottement en le repoussant par coups successifs. Poids 56 kgs 300.

Rate. — Grosse.

28 janvier. — On donne un lavement purgatif. Poids 57 k. 500

31 janvier. — Ponction d'ascite de 6 litres. Poids 59 kgs 500-53 kgs 900.

2 février. — *On commence à donner au malade de l'eau-de-vie allemande. Il en prendra 40 gr. tous les 4 jours, poids 53 kgs 900.*

10 Mars. — *Cessation des purgations, soit 10 en tout.*

23 mars. — L'ascite reste stationnaire. L'épanchement ne semble pas avoir augmenté, mais les signes pulmonaires sont toujours très accusés, surtout à gauche et en avant où les lésions bacillaires paraissent évoluer d'une façon aigüe.

L'état général va en s'aggravant avec température élevée, amaigrissement, œdème des membres inférieurs. Poids 54 k. 200

25 mars. — Part mourant de tuberculose pulmonaire avancée.

Autopsie n'a pu être pratiquée le malade étant mort chez lui.

OBSERVATION V

ALCOOLISME — CIRRHOSE AVEC ASCITE. — SYMPHYSE PÉRICARDIQUE. — MALADE INDOCILE. — MORT

Vio... Jean, 44 ans, voiturier.

Entre le 8 novembre 1909.

Son père est mort d'accident, sa mère de cancer.

Personnellement, coqueluche dans le bas âge.

Rhumatisme léger à 32 ans.

Erysipèle à 42 ans.

Blennorrhagies multiples.

Nie la syphilis.

A bu *beaucoup de vin* (2 à 5 litres par jour), une absinthe par semaine, peu de liqueurs.

Le malade ne se plaint que depuis 15 jours d'oppression et d'un point dans le côté gauche au niveau de la rate.

Son ventre est énorme, et bien qu'il prétende avoir toujours eu un gros abdomen (il a été réformé pour obésité), il avoue cependant que depuis quelques temps son ventre était sujet à des variations de volume : certains jours il ne pouvait boutonner son pantalon.

A l'examen les conjonctives sont un peu jaunes, le ventre est proéminent et énorme (1 m. 29).

Matité dans les parties déclives. Flot net.

Le foie ne peut être délimité.

Le malade va régulièrement à la selle, il a parfois des pituites.

Poumons. — Sonorité et murmure normaux des deux côtés, sauf à la base gauche dont le malade se plaint. On perçoit à cet endroit des râles sous crépitants et un peu de submatité. Pas de pectoriloqui aphone ni de souffle.

Cœur. — Pointe mal perçue.

Bruits réguliers et normaux.

Un volumineux œdème envahit la paroi abdominale, les membres inférieurs et les bourses. 110 kgs 500.

10 novembre 1909. — Ponction d'ascite. On retire 5 litres de liquide. Après la ponction on sent le foie qui déborde de 3 travers de doigt les côtes. Il est dur, on obtient facilement du ballotement hépatique. Poids 106 kgs 300.

On commence à donner 40 gr. d'eau-de-vie allemande tous les quatre jours.

25 novembre 1909. — Le poids étant remonté à 110 kgs, nouvelles ponctions de liquide clair. Obturation continuelle de la canule par l'intestin.

On retire néanmoins 5 litres de liquide. Poids 110 k.-106 k.

30 novembre 1909. — Ponction de 2 litres seulement. Poids 111 kgs-103 kgs 500.

17 janvier 1910. — Ponction de 8 litres 300. Poids 113 kgs-106 kgs.

21 janvier 1910. — Infection erythémateuse des bourses et du bas ventre.

27 janvier. — L'érythème a disparu. Poids 106 kgs 400.

On met trois tubes de Souhey dans les bourses, avec lesquels on tire un litre de liquide.

1^{er} février. — Ponction de 8 litres. Poids 106-98 kgs.

23 février. — Ponction de 9 litres 500. Poids 103-96 kgs.

3 mars. — Ponction de 11 litres. Poids 105-94 kgs.

15 mars. — Ponction de 10 litres. Poids 105-95 kgs.

5 avril. — Ponction de 12 litres. Poids 106-95 kgs 500.

16 avril. — Ponction de 11 litres. Poids 111-99 kgs.

18 avril. — *Suppression des purgations régulières par l'eau-de-vie allemande.* Soit 36 purgations en tout.

27 avril. — Ponction de 12 litres. Poids 117, 400-107 kgs.

9 mai. — Ponction de 14 litres. Poids 112-112 kgs.

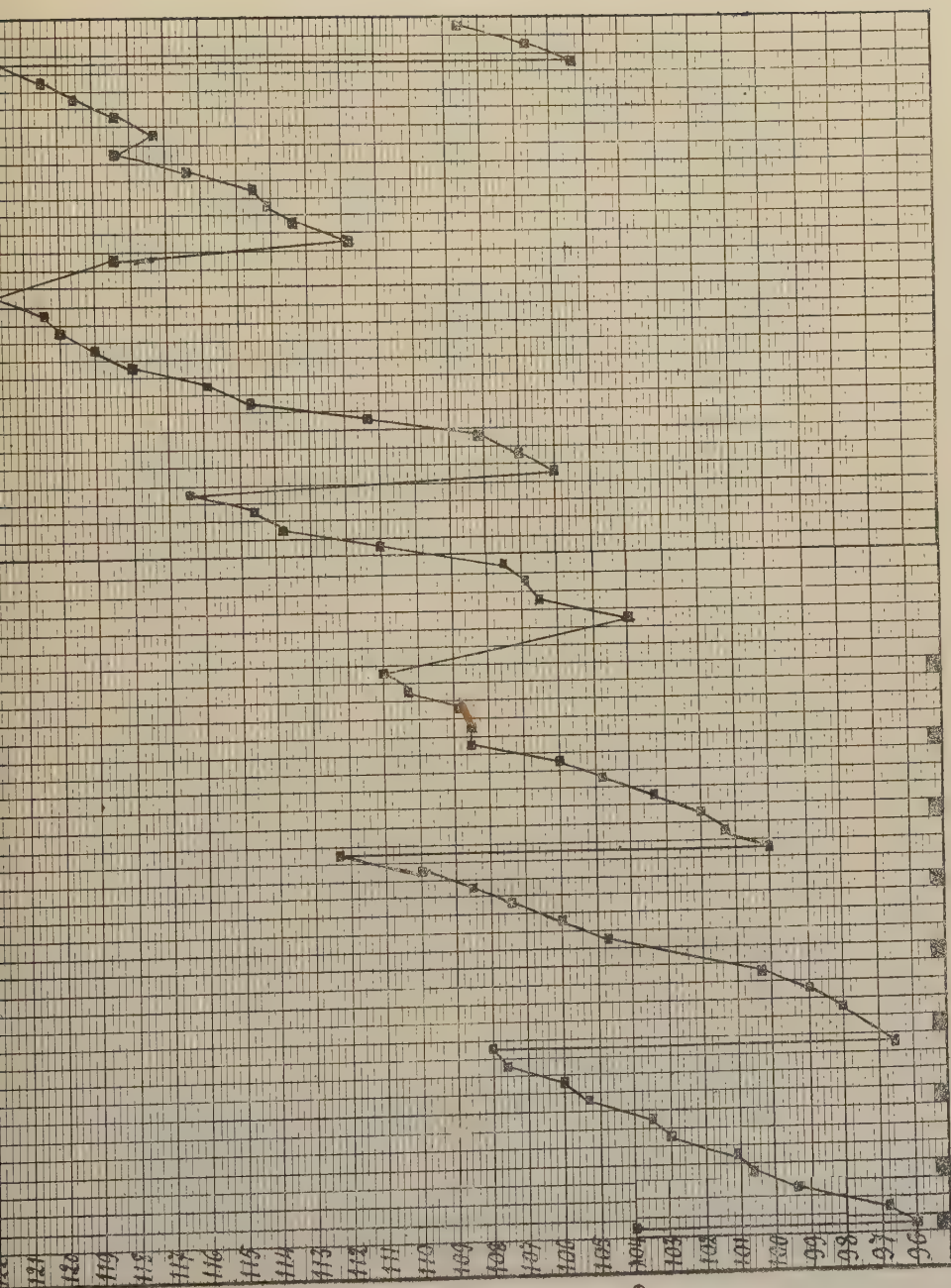
21 mai. — Ponction de 15 litres. Poids 121, 700 105 kgs 300.

Après la ponction on ne sent pas le foie.

2 juin. — Ponction de 16 litres. Poids 117, 900-100 kgs 800.

On fait après la ponction une injection sous-cutanée de liquide ascitique (12 centimètres cubes).

4 juin — Pas d'inflammation locale. Très forte diurèse le



Les + en haut indiquent les ponctions. -- Les ■ au bas. les purgations.

jour même avec abaissement de poids dans les premières 24 heures. Poids 100 kgs 600.

Après 48 heures le poids est le même que le jour de la ponction, mais la diurèse a diminué.

6 juin 1910. — Le poids était remonté de 1.900 gr. du 4 au 5 juin. Poids 102 kgs 500.

Dans la nuit du 5 au 6, éclatement du nombril, le liquide s'écoule continuellement. Le poids tombe à 82 kgs.

28 juillet 1910. — Le malade meurt.

Il avait toujours été indocile et n'avait jamais voulu suivre de régime.

Autopsie. — Enorme ascite.

Adhérences hépatiques.

Foie, poids 1.300 gr. cirrhotique, clouté gras.

Adhérences spléniques.

Rate énorme 1.000 gr.

Reins gros (450 gr. ensemble), congestionnés, mais de structure normale.

Symphise du péricarde.

Gros cœur flasque. Mitrale un peu fibreuse.

Valvules sigmoïdes normales.

Athérome aortique.

Poumons congestionnés sans cicatrices tuberculeuses appréciables des sommets. Pas de ganglions trachéo-bronchiques.

OBSERVATION VI

ALCOOLISME.— CIRRHOSE ATROPHIQUE.— GRANULIE GÉNÉRALISÉE
— MORT.

M... Jean, 43 ans, cocher.

Entré le 10 janvier 1910.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Personnellement. — Fluxion de poitrine à 6 ans.

Blennorrhagie suivie d'orchite au régiment, quelques douleurs rhumatismales sans caractère aigu.

A toujours été un peu oppressé, néanmoins n'a jamais cessé son travail.

Nie la syphilis.

A bu beaucoup de vin (quatre litres environ par jour). Journallement de l'absinthe et des liqueurs.

Depuis qu'il est sorti du régiment, le malade a eu régulièrement des pituites, qui ont cessé il y a trois mois, à la suite de la suppression presque complète du vin et de l'alcool.

C'est surtout depuis un mois que le malade est fatigué. A cette époque il n'avait plus d'appétit, les digestions étaient mauvaises et il avait une diarrhée abondante. C'est alors que le ventre a commencé à augmenter de volume, puis les œdèmes des jambes et des bourses ont fait leur apparition, forçant le malade à abandonner son métier.

Le malade se présente avec les pommettes couvertes de varicosités, le ventre très développé avec circulation veineuse complémentaire très nette.

Ascite considérable dépliant l'ombilic.

Foie : on ne peut apprécier son volume.

La rate paraît donner une zone de matité propre ; gros œdème des membres inférieurs, un peu dur.

Hémorroïdes et prolapsus rectal.

Poumons. — Le thorax présente des déformations rachitiques. Les sommets sonnent mal et les bases sont mates sur une hauteur de trois à quatre travers de doigt. Cette matité est due au refoulement du diaphragme par l'ascite.

L'auscultation révèle des signes d'emphysème, expiration prolongée, et des signes de bronchite surajoutée : sibilances abondantes et aiguës, ronchus aux deux temps et râles muqueux dans toute l'étendue du poumon.

Cœur. — La pointe est mal perçue.

Les bruits sont réguliers et normaux.

Pouls de faible tension.

Réflexes normaux.

Urines. — Foncées, riches en pigments biliaires et en urates. Pas d'albumine ni de sucre.

Température : 38°.

11 janvier. — Ponction d'ascite de 3 litres 500 d'un liquide verdâtre clair.

12 janvier. — On donne 20 grammes d'eau-de-vie allemande.

21 janvier. — Ponction de 5 litres 600 d'un liquide un peu trouble. Le foie, appréciable après la ponction, déborde de six travers de doigt les côtes et s'avance sur le creux épigastrique.

Hauteur : 14 c. sur la ligne mamelonnaire.

OEdème très accusé des membres inférieurs et des bourses.

— *On donnera tous les quatre jours 40 grammes d'eau-de-vie allemande.*

25 janvier. — Le malade a toujours une température élevée qui s'explique par l'état du poumon (Signes de bronchite fixe au sommet droit et crachats purulents).

21 janvier. — L'analyse bactériologique des crachats révèle la présence de bacilles de Koch.

3 février, — *Cessation des purgations, soit 4 en tout.*

21 février. — Mort progressive par tuberculose, avec amaigrissement considérable.

L'état du foie passe au second plan.

Autopsie. — Adhérences et quelques cicatrices aux sommets.

Pas de cavernes.

Granulie absolument généralisée.

Semis très fin et très confluent de la plèvre pariétale, de tout le péritoine, même sur la surface de l'estomac. Tubercules granuleux moins fins dans les poumons congestionnés.

Foie scléreux et gras, formant une masse jaunâtre massive sans aucun détail de structure.

Surface cloutée, 1400 grammes.

Anciennes végétations sur la tricuspe.

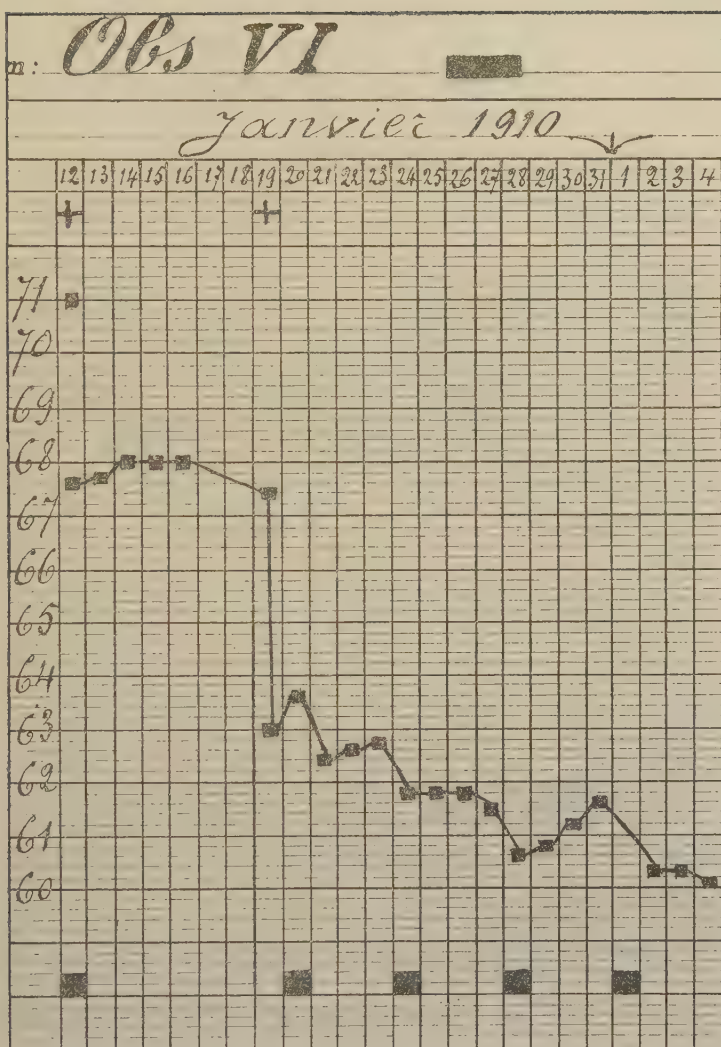
Reins normaux 220 grammes.

Examen microscopique. (Laboratoire d'anatomie pathologique).

Foie. — Des travées de sclérose sillonnent le parenchyme et disloquent les lobules.

Surcharge graisseuse des cellules.

Végétation de la tricuspe. — Il s'agit d'un petit nodule inflammatoire ancien.



Les + en haut indiquent les ponctions.
 Les ■ au bas les purgations.

Groupe B. — (Succès).

OBSERVATION VII

ALCOOLISME. — CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE DU FOIE. —
GUÉRISON

Dim..., François, 37 ans, représentant de commerce.

Entre le 11 novembre 1907.

Antécédents héréditaires : Père névropathe est mort cardiaque. Mère parkinsonnienne.

Un oncle maternel mort d'une affection médullaire indéterminée.

Antécédents personnels :

Fèvre typhoïde et fluxion de poitrine à 7 ans.

Croup à 3 ans avec trachéotomie.

Rhumatisme articulaire généralisé à 19 ans, sans complications cardiaques, sans récidence.

Au point de vue *alcoolisme*, le malade, représentant en liqueur, a bu beaucoup et de tout. Il ne s'est arrêté de boire qu'il y a 2 ans.

Pas de $\sigma\varphi$.

Il y a 8 ans environ apparurent des palpitations qui n'empêchèrent cependant pas le malade de travailler. Pendant des années, ces troubles ne s'accompagnèrent ni de dyspnée, ni d'œdèmes.

En 1906, il y a un an, le malade aurait eu une abondante émission de sang par la bouche et la dyspnée d'effort s'établit. Les œdèmes apparurent en septembre 1907, en même temps s'installait du subictère avec diminution du taux urinaire.

A l'examen. — Le malade est très dyspnéique, même à l'état de repos.

On note du subictère des téguments et des conjonctives, de l'anasarque remontant jusqu'au milieu du dos.

L'abdomen est très augmenté de volume, tendu.

La percussion donne des signes d'ascite certains. Flot très net. Pas de circulation complémentaire. La tension et l'ascite ne permettent pas de délimiter ni le *foie* ni la *rate*.

Langue excellente.

Appétit conservé.

Selles normales.

Aux membres inférieurs. — Œdème considérable.

Au cœur. — Pointe à sa place. Impulsion faible.

Les bruits, difficiles à analyser, à cause de la respiration qui ne peut être interrompue, sont lointains, mal frappés.

Le deuxième bruit semble légèrement soufflant à la pointe

Le rythme est régulier, mais rapide.

Pouls petit, plutôt faible à 120.

Artères non athéromateuses. L'aorte n'est pas perçue.

Aux poumons. — Les deux bases sont mates, surtout à droite. La respiration est partout rude, avec des râles sibilants et ronflants et quelques râles d'œdème à la base droite.

Toux peu fréquente.

Légère expectoration muqueuse.

Urines : Pas d'albumine, pas de sucre.

Pigments biliaires.

Température : 37.6.

12 novembre 1907. — Ponction de l'ascite.

On retire 5.700 grammes d'un liquide citrin très légèrement louche.

Après la ponction on sent le foie, gros, débordant les fausses côtes de 4 travers de doigt.

18 novembre 1907. — Diurèse par la digitale et abaissement du poids. Gros œdème des bourses : on met des tubes de Southey.

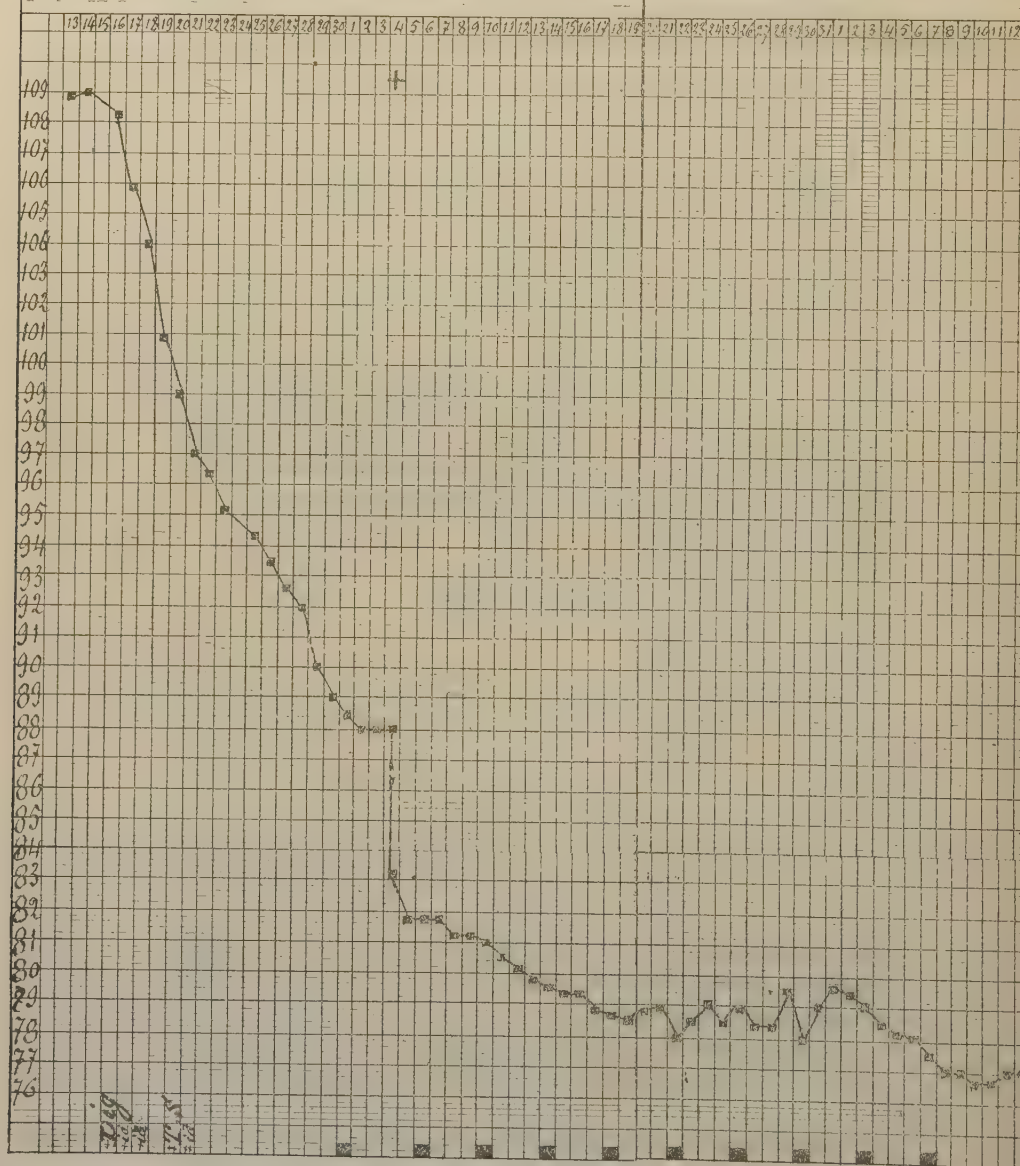
22 novembre 1907. — Diarrhée depuis 48 heures, le poids continue à baisser. On note toujours de l'œdème des cuisses et des bourses. Ascite moyenne.

4 décembre 1907. — Ponction de l'ascite.

On tire 4.500 grammes d'un liquide citrin, légèrement trouble. *On donne au malade de l'eau-de-vie allemande.* (40 gr. tous les 4 jours).

20 décembre 1907. — Avec l'administration d'eau-de-vie alle-

Obs" VII



Les + en haut indiquent les ponctions. — Les ■ au bas, les purgations.

mande, le poids continue à diminuer. Le foie, non douloureux, débordé de 3 travers de doigt les fausses côtes.

Il y a encore de l'ascite appréciable.

8 janvier 1908. — Depuis que l'on donne de l'eau-de-vie allemande, le poids est stationnaire avec une tendance à diminuer.

Pas de coliques aux purgations qui provoquent 9 à 10 selles.

Il n'y a à peu près pas d'ascite, bien que la dernière ponction date du 3 décembre 1907.

Pas d'albumine.

On sent le foie gros et dur.

Plus d'œdèmes.

On cesse de donner de l'eau-de-vie allemande, mais on continue le régime, (V. courbe).

Le malade a pris 10 purgations.

17 janvier 1908. — On commence le régime maigre.

23 janvier 1908. — Part très amélioré.

7 février 1908. — Le malade revient avec de l'ascite, de l'œdème de la paroi et des membres inférieurs.

Il pèse 90 kgs.

On ponctionne l'ascite et on retire 8 litres.

On n'institue pas le traitement. Sort le 11 février.

Juillet 1909. — Revu : va très bien.

Plus d'ascite.

Est au régime ordinaire.

Août 1910, — Revu : Bonne santé.

Quelques légères douleurs lombaires parfois, qui ne l'empêchent pas de travailler.

Le *foie* débordé les fausses côtes de deux travers de doigt, on ne sent pas la rate.

Pas d'ascite.

Le malade suit régulièrement son régime, boit de l'eau sans vin.

OBSERVATION VIII

CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE AVEC ASCITE HÉMATIQUE. —
GUÉRISON.

Mag..., Barthélemy, 63 ans, employé emballleur.

Entre le 9 octobre 1908.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : fièvre typhoïde à 26 ans, une sciastique.

S'est toujours bien porté, mais gros mangeur et gros buveur (3 litres de vin et un pousse-café par jour).

Pas de σφ.

L'affection débuta, il y a un mois environ, par une violente douleur dans l'abdomen.

Cette douleur, généralisée à tout le ventre, fut accompagnée de deux vomissements.

Pendant 20 jours, le malade a un epistaxis presque continu.

A ce moment, débuta l'augmentation du ventre, puis survint de l'œdème des jambes.

A l'examen. — Le malade présente une obésité énorme, le ventre est d'une grosseur exceptionnelle. La palpation y est impossible. On a la sensation d'une tension généralisée, semblant résulter d'une ascite entourée d'une paroi très adipeuse masquant la plupart des signes d'un épanchement péritonéal.

Il est impossible d'obtenir du flot, soit à la chiquenaude, soit à la percussion large ; d'autre part, l'abdomen n'est pas étalé, mais proéminent.

Mais les flancs sont mats et cette matité est déplaçable dans les mouvements de latéralité du malade.

Le foie paraît gros, mais il est impossible de trouver sa limite inférieure.

La circulation superficielle est peu marquée.

L'œdème des jambes est très notable et a débuté après l'augmentation de volume du ventre.

La rate est impossible à explorer.

Poumons. — Pas de dyspnée notable.

Quelques râles de congestion à la base droite.

Quelques rares râles de bronchite dans le reste du poumon.

Aux sommets, tant en avant qu'en arrière, on note des signes d'emphysème.

Cœur. — Pointe impossible à fixer.

Les bruits sont bien frappés réguliers.

Dans la région de la pointe, le premier bruit est un peu soufflant, mais de façon inconstante et faible.

On note du purpura généralisé aux quatre membres et à

l'abdomen, en avant et en arrière, sous forme de pointillé hémorragique de couleur lie de vin claire. Les points hémorragiques sont plus nombreux aux jambes et aux cuisses où ils forment de petits placards. Au dire du malade, ce purpura aurait été beaucoup plus rouge et, depuis trois semaines, date de son apparition, il aurait beaucoup pâli.

15 octobre.—*On administre 40 gr. d'eau-de-vie allemande.*

19 octobre. — Nouvelle purgation 40 grammes d'eau-de vie allemande.

Du 21 au 28 octobre. — 40 gr. eau-de-vie allemande par jour.

Temps, 38°2.

Urines. — Quantité normale.

Disque notable d'albumine.

28 octobre 1908. — Ponction d'ascite. On retire 5 litres d'un liquide floconneux, rougeâtre, légèrement hématique, se prenant en masse par l'acide azotique, en prenant une légère coloration verdâtre.

La ponction faite, on ne trouve pas le foie gros.

Cytologie. — Beaucoup de globules rouges.

Grandes cellules endothéliales en placards.

Pas de véritables lymphocytes.

Quelques petits mononucléaires, beaucoup de polynucléaires bien constitués.

Le lendemain pas de caillot de l'épanchement.

Le malade prendra 40 gr. d'eau-de-vie allemande tous les 4 jours.

10 novembre 1908. — Le malade sort en bon état, l'ascite ne s'est pas reproduite depuis l'administration d'eau-de-vie allemande, (voir la courbe). 9 purgations en tout.

Le poids du malade est descendu à 108 kilogs, ce qui est à peu près son poids normal.

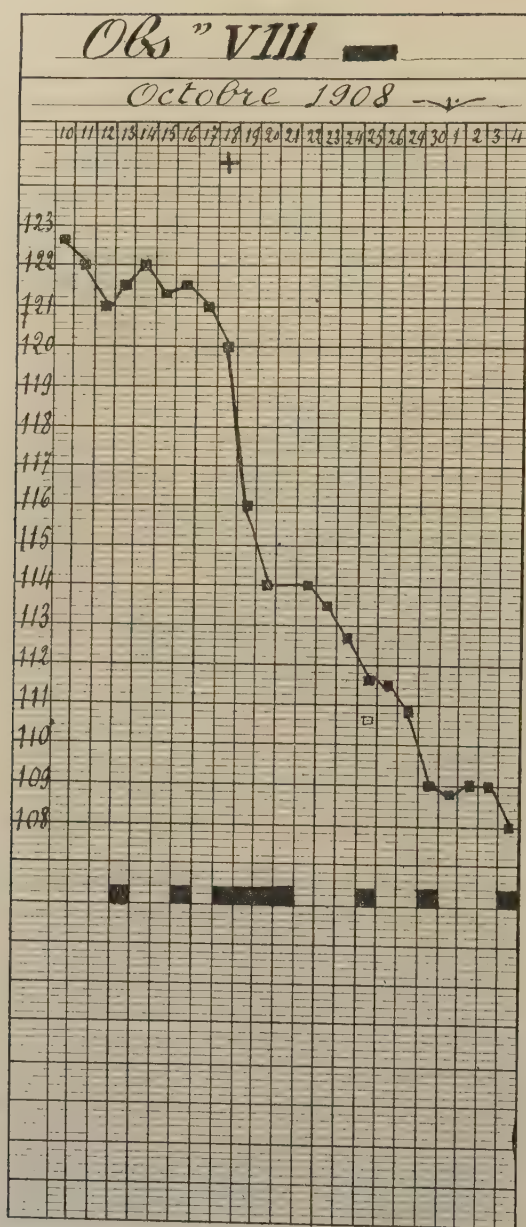
Le purpura persiste, mais beaucoup plus pâle; il s'accuse les jours de purgation.

Très léger disque d'albumine.

Sort le 11 novembre. Continuera le traitement chez lui. 40 gr. d'eau-de-vie allemande par semaine. Régime maigre.

2^e Séjour, 6 janvier 1909. — Le malade rentre à l'hôpital.

Depuis son départ, il a régulièrement suivi le régime lacté et maigre.



Les + en haut indiquent les punctions.
 Les ■ au bas, les purgations.

Jusqu'à la Noël son ascite ne s'était pas reproduite et son poids n'avait pas augmenté, mais depuis cette époque et très rapidement, il a vu sans cause provocatrice son poids augmenter de 9 kilogs et son abdomen prendre des proportions considérables.

Actuellement le ventre est distendu, avec de l'ascite.

Foie impossible à palper.

Cœur régulier et normal.

Aux poumons œdème et congestion des deux bases.

Les urines sont diminuées depuis quelques jours. Elles sont cependant claires et sans albumine.

OEdème des jambes inférieures, mais avec varices.

Le purpura a reparu aux jambes surtout.

7 janvier 1909. — Ponction de l'ascite. On retire 16.700 grammes.

Le foie est gros, se perçoit dur à 4 travers de doigt au-dessous du rebord costal, mais sans que l'on puisse exactement trouver son bord inférieur à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale.

La rate n'est pas perçue.

8 janvier. — Purgation. 40 gr. d'eau-de-vie allemande.

18 janvier 1909. — Part chez lui où il continuera son traitement, c'est à-dire... 40 gr. d'eau-de-vie allemande par semaine.

27 novembre 1909. — Le malade revient consulter.

Il pèse 95 kilogs 200 tout habillé.

Il va bien, continue son métier d'emballeur.

Foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes

Boit un demi-litre de vin environ par jour.

Suit régulièrement son traitement.

Aout 1910. — Le malade est revu.

Il va bien; travaille régulièrement.

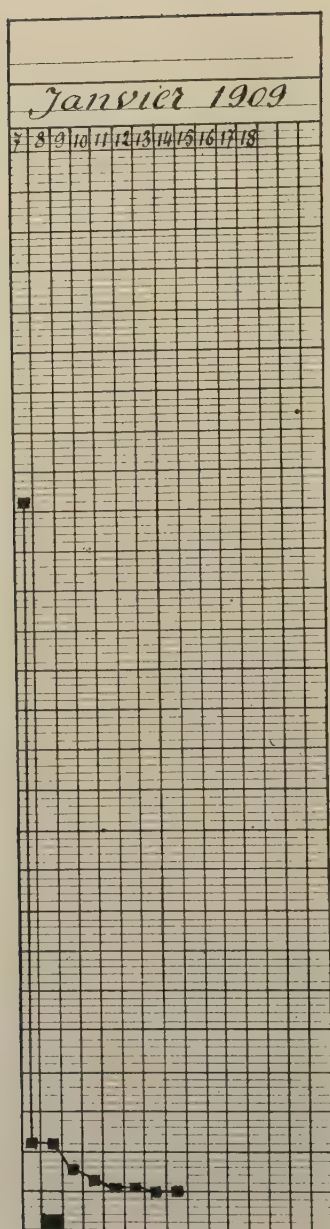
Pas d'ictère.

Pas d'ascite.

Le foie n'est pas hypertrophié.

Pèse 95 kilogs habillé.

Suit régulièrement son traitement.



OBSERVATION IX

ALCOOLISME. — CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE AVEC ASCITE. —
GUÉRISON.

Long..., Claude, 53 ans, camionneur.

Entre le 7 juin 1909.

Aucuns antécédents héréditaires.

Aucuns antécédents pathologiques personnels.

Alcoolisme très accusé. Absinthisme il y a dix ans. Actuellement boit plus de 3 litres de vin par jour.

Pas de signes de σφ.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a environ six mois par de la lassitude générale et de l'amaigrissement; dans ces six derniers mois le malade aurait perdu 8 kilogs.

Il n'a jamais eu de pituites matutinales.

A l'examen, le malade a encore une apparence de bonne santé. Il a cependant le teint un peu terreux. Il est nettement obèse.

L'*abdomen* présente quelques dilatations veineuses de ses parois. Il est souple.

Ascite en faible quantité, diagnosticable par la matité des flancs qui se déplacent avec les positions du malade. Ponction inutile.

Le *foie* est *gros*, dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt. Son bord n'est pas tranchant, se délimite mal et il semble qu'on ait de l'empâtement de la région sous-hépatique.

La palpation de l'hypocondre droit est douloureuse.

La *rate* n'est pas sentie à la palpation, ne donne pas de zone de matité à la percussion.

Aux *poumons* on trouve en arrière dans toute leur hauteur et des deux côtés de la respiration emphysémateuse, avec de gros râles de bronchite plus nombreux à droite.

Au *cœur* les bruits sont lourds. Pas de souffle, mais ébauche d'un rythme à trois temps, sans galop net.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Pigments biliaires.

Poids : 94 kgs.

9 juin au 12 juillet 1909. — On donne *tous les quatre jours* au malade *40 grammes d'eau-de-vie allemande*.

Chaque fois le malade a eu 4 ou 5 selles.

Le poids se maintient autour de 92 kgs, le ventre est plus souple.

Le malade est au régime maigre.

12 juillet au 22 juillet 1909. — Le malade prend 0 gr. 02 de calomel et 0 gr. 50 de théobromine.

Aucun effet purgatif.

Les urines diminuent et leur quantité tombe de quatre litres à deux litres.

Le poids monte à 97 kgs 700 le plus haut depuis l'entrée.

Le régime maigre est continué.

22 juillet au 13 août 1909. — On recommence à donner de l'eau-de-vie allemande comme précédemment. Poids oscille entre 93 et 95 kgs.

13 août 1909. — L'effet du traitement étant moins actif, on porte la dose d'eau-de-vie allemande de 40 à 50 grammes que l'on administre tous les quatre jours et l'on donne un lavement purgatif les autres jours.

20 septembre 1909. — Le malade sort en bon état, sans avoir jamais été ponctionné. Poids 91 kgs.

Il a pris en tout 25 purgations d'eau-de-vie allemande.

13 novembre 1909. — Le malade revu, va bien. Il n'y a pas d'ascite.

Il pèse (avec ses vêtements) 96 kgs.

Il peut faire son métier de camionneur sans fatigue.

Tout au plus accuse-t-il quelques vagues douleurs dans la région lombaire.

Il a suivi strictement son régime, n'a plus bu de vin.

Son état général est excellent.

2 mars 1909. — Pèse 98 kilogs avec ses vêtements.

Ne boit toujours pas.

Quelques douleurs lombaire.

Pas d'ascite.

Le foie n'est pas gros et ne déborde pas les fausses côtes, sauf le lobe gauche un peu hypertrophié.

Bon état général.

10 août 1910. — Pas d'ascite.

Pas d'hyperthrophie du foie.

Pas d'hyperthrophie de la rate.

Pas d'ictère.

Pèse 98 kgs 400 avec ses vêtements.

Urines : ni sucre ni albumine.

Quelques légères douleurs lombaires qui ne l'empêchent pas de travailler régulièrement.

Il a continué à suivre strictement son régime et son état général est excellent.

CHAPITRE III

Discussion des observations

Pour se faire une opinion exacte sur les résultats que donnent les purgations répétées *suivant immédiatement les ponctions* dans le traitement des ascites cirrhotiques, il convient de grouper logiquement les faits rapportés dans les observations précédentes

Parmi les cas observés et dont nous venons de retracer l'histoire on peut distinguer :

- 1° Les cas où la marche de l'ascite ne semble pas avoir été influencée.
- 2° Les cas où une amélioration a été obtenue.
- 3° Les cas de guérison.

I. — CAS OU LA MARCHE DE L'ASCITE NE SEMBLE PAS AVOIR ÉTÉ INFLUENCÉE

OBSERVATION III. — Le malade entre le 12 Juin 1904 pèse 78 kg. 300. Une ponction pratiquée le 27 Juin le fait descendre à 75 kg. 500.

A partir du 29 juin on donne tous les 4 jours, 40 grammes d'eau-de-vie allemande.

Après chaque purgation le poids tombe, mais remonte dans les jours qui suivent pour atteindre le jour d'une nouvelle purgation, une valeur plus élevée qu'il n'avait le jour de la précédente purgation.

De sorte que le 20 juillet le poids atteint 84 kg.

Une ponction opérée le 25 juillet ramène le poids à 76 kg. 450. Mais celui-ci remonte en lysis jusqu'à la mort qui survient le 15 août.

La méthode n'a donc pas empêché la marche progressive de l'ascite.

II. — CAS OU UNE AMÉLIORATION A ÉTÉ OBTENUE

OBSERVATION I. — Le malade a fait cinq séjours à l'hôpital.

a) Son premier séjour a lieu du 5 novembre 1901 au 30 janvier 1902.

Il est au régime lacté. On lui donne les 9 et 10 novembre 0 gr. 02 de calomel et un lavement purgatif.

Pendant cette période 5 ponctions sont pratiquées donnant issue à 77 litres 800 de liquide.

Le malade sorti en permission ne rentre pas.

b) Pendant son deuxième séjour du 4 avril au 28 juillet 1902, on peut distinguer 2 périodes :

Une première où le traitement par les purgations répétées n'est pas institué et pendant laquelle 4 ponctions donnent *50 litres de liquide en 41 jours*.

Une deuxième où le traitement est institué, pendant laquelle 3 ponctions sont pratiquées donnant issue à *22 litres de liquide en 47 jours*.

Le malade sort se trouvant guéri. Son ascite est diminuée, ses urines augmentées, son ventre est souple, la circulation veineuse complémentaire affaissée.

Cette amélioration dure jusqu'en septembre où le malade revient faire un :

c) troisième séjour du 10 septembre 1902 au 11 octobre 1902. On lui fait deux ponctions retirant 21 litres, et on institue le traitement à l'eau-de-vie allemande le 7 octobre lorsque le malade veut sortir le 11 octobre.

d) un quatrième séjour amène le malade à l'hôpital du 27 janvier 1903 au 5 avril 1903.

Il a de la diarrhée jusqu'au 10 février. Celle-ci cessant à cette époque on rétablit le traitement à l'eau-de-vie allemande. Le malade ne subit qu'une ponction le 17 mars (5 litres) et sort le 5 avril en bon état.

e) Le malade revient le 2 mai 1903 dans un état précaire ; on lui fait 4 ponctions (16 litres 500) entre le moment de son entrée et sa mort survenue le 29 juin 1903.

Nous devons faire remarquer que ce malade était indocile et n'a jamais voulu suivre de régime strict et continuait à boire du vin.

Malgré cela on remarque qu'avant le traitement par l'eau-de-vie allemande on lui retira *1420 litres en sept mois* alors qu'après son institution et malgré

son application irrégulière on ne retira que *64 litres 500 en 12 mois 1/2*.

OBSERVATION IV. — Après un premier séjour de 13 jours en 1907 où le traitement ne fut pas institué, la malade entre le 27 janvier 1910, pesant 59 kgs. Amené à 56.300 par une ponction, le poids, malgré un lavement purgatif, remonte *en 5 jours* à 59.500. On ponctionne de nouveau et on donne tous les jours 40 gr. d'eau de-vie-allemande.

Le poids se maintient aux environs de 56 kgs jusqu'à la mort, qu'amène une tuberculose pulmonaire avancée.

Ainsi l'ascite qui se reformait avec une rapidité effrayante avant le traitement, a cessé de se reproduire presque complètement après.

OBSERVATION V. — Le malade fut en traitement pendant la période qui s'étend du 11 novembre au 17 avril. Le traitement fut alors cessé.

Pendant la période du traitement le poids remonte graduellement après chaque ponction et oscille entre 102 et 112 kgs.

Après la cessation du traitement le maximum s'élève à 121 kgs et le poids oscille d'ordinaire entre 107 et 118 kgs.

De plus, si nous comparons les quatre dernières ponctions opérées pendant le traitement (et qui sont les plus fortes) avec les quatre ponctions opérées après la cessation du traitement et avant l'ulcération de l'ombilic, nous voyons que pendant le traitement, les quatre ponctions ont donné 43 li-

tres 500 en 78 jours, tandis qu'après le traitement elles ont donné 57 litres en 38 jours.

Faisons remarquer également que ce malade n'a jamais voulu suivre de régime sévère et a continué à boire du vin, rendant ainsi toute chance de succès définitif impossible.

OBSERVATION VI. — Le malade qui pèse à l'entrée, le 10 janvier 1910, 71 kgs, est amené à 67 kgs 600 par une ponction.

Une deuxième ponction, le 21 janvier, amène le poids à 63 kgs.

On donne alors tous les quatre jours 40 grammes d'eau-de-vie allemande. Le poids descend à 60 kg. 500.

Le malade meurt de granulie. On ne trouve presque pas de liquide dans le péritoine.

La mort n'est pas due à l'évolution de l'affection hépatique qui paraît être heureusement influencée quand le malade est emporté par une granulie.

OBSERVATION II. — Entrée le 28 mars 1903 dans un état précaire avec une escharre fessière, la malade est ponctionnée le 28 et son poids amené à 66 kgs 500. On donne à partir du 29, 20 gr. d'eau-de-vie allemande tous les quatre jours.

Le poids n'augmente pas sensiblement à partir de cette époque (67 kgs 200 le 1^{er} avril).

La malade meurt le 12 avril dans l'hypothermie, état comateux, oligurie, subictère.

Cette malade se présentait à un état avancé de la maladie qui rendait toute chance de guérison com-

plète bien problématique. Malgré cela l'institution du traitement a empêché presque complètement la formation de liquide jusqu'à la mort.

III. CAS OU L'ASCITE A ÉTÉ COMPLÈTEMENT TARIE

OBSERVATION VII. — Le malade entre pesant 108 kgs 900, novembre 1907.

On donne trois jours de suite 0 gr. 60 d'infusion de poudre de feuilles de digitale.

Les urines qui, à l'entrée, étaient au taux de 800 gr. environ, montent à 1.100 le 17 novembre, 3.500 le 18 et 4.000 le 19, tandis que le poids descend graduellement à 104 kgs.

Deux applications de tubes de Southey le 19 et le 20, tirent 1.500 et 2.000 gr. et joints à de la diarrhée amènent le poids à 97 kgs le 22 novembre.

Le 1^{er} décembre le poids qui a continué à descendre arrive à 88 kgs 500.

Une ponction opérée le 4 décembre amène le poids à 83 kgs 100.

A partir du 6 décembre on donne 40 gr. d'eau de vie allemande tous les quatre jours.

Dès lors on n'a plus besoin de faire de ponctions et le poids descend graduellement pour osciller entre 77 et 78 kgs jusqu'à la sortie.

Le malade revient au mois de février 1908; une seule ponction le débarrasse de son ascite qui s'était reformée.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour, c'est-à-dire

depuis plus de deux ans, le malade a été en bonne santé.

OBSERVATION VIII. — Ce malade fit deux séjours.

Le premier du 9 octobre 1908, au 11 novembre 1908.

Il pesait 122 kilos 600 à l'entrée,

A partir du 16 octobre on donne 40 grammes d'eau-de-vie allemande, le poids s'abaisse à 120 k. le 25 octobre.

Le 28 une ponction amène le poids à 116.

Et, sous l'influence de purgations répétées tous les quatre jours (40 gr. d'eau-de-vie allemande) le poids tombe à 108 en 12 jours.

Le malade sort le 11 novembre en bon état.

Il revient en février 1908. Il pèse 116 kilos, à l'entrée; une ponction réduit ce poids à 100 kilos 200 et des purgations répétées à 99 kilos en 9 jours.

Le malade sort le 17 janvier et depuis n'a plus eu de liquide dans son péritoine, c'est-à-dire depuis 20 mois.

Il suit strictement son régime, ne boit que de l'eau et se purge toutes les semaines avec 40 grammes d'eau-de-vie allemande.

OBSERVATION IX. — Entre le 7 juin 1909.

Il a un peu de liquide dans son péritoine, mais cette quantité ne nécessite pas de ponction.

On lui donne, à partir du 9 juin, 40 grammes d'eau-de-vie allemande.

Son poids est alors de 94 kilos.

Il descend à 91 le 16 juin.

A partir de cette époque, le poids tombe bien après chaque purgation, mais remonte de plus en plus de sorte qu'il atteint 94 kilos le 12 juillet.

On supprime alors l'eau-de-vie allemande qu'on remplace par 0 gr. 02 de calomel du 13 au 19 juillet.

Le poids monte à 94 kilos 700.

On ajoute au traitement 1 gr. 50 de théobromine, ce qui n'empêche pas le poids d'atteindre 95 kilos 300 le 21.

On supprime alors le calomel et la théobromine et on donne de nouveau 40 gr. d'eau-de-vie allemande tous les quatre jours.

Cette dose ne donnant plus qu'une selle par jour au lieu de 4 à 5, on porte à 50 gr. la dose d'eau-de-vie allemande le 8 août.

Le nombre des selles est augmenté jusqu'au 13 août, mais retombe à ou 1 2 à cette époque.

On adjoint alors un lavement purgatif au traitement, lavement que l'on donne les jours où il n'y a pas purge.

Le poids redescend en lysis pour atteindre 91 k. 600 à la sortie.

Le malade, depuis cette époque, ne boit que du lait, se purge tous les huit jours avec 40 gr. d'eau-de-vie allemande, et se trouve à l'heure actuelle en parfait état.

En résumé si nous examinons les résultats obtenus par la méthode de la superpurgation comme traitement des cirrhoses ascitiques, nous sommes frappés tout d'abord du nombre élevé de guérisons obtenues.

Sur *dix cas nous avons quatre guérisons*. Le nombre relativement restreint de cas nous empêche de considérer cette proportion comme définitive. Il n'en reste pas moins évident que l'on peut affirmer dès à présent que ces résultats sont absolument remarquables dans des affections qu'on a pu considérer longtemps comme incurables.

Ces guérisons, d'autre part, datent déjà de longtemps. Si nous ne savons pas ce qu'est devenu le malade du professeur Chauffard, les 3 cas de guérison rapportés dans nos observations sont encore à l'heure actuelle des succès.

Les malades que nous avons vus *récemment* (octobre 1910) se portent bien, travaillent régulièrement et sans fatigue : l'un est gardien de musée, l'autre camionneur, le troisième emballeur ; ces deux derniers sont des métiers pénibles que nos malades exercent sans interruption.

Ils sont au régime ordinaire, mais ne boivent plus d'alcool, c'est tout ce qu'ils ont changé à leur genre de vie antérieur. Et cette guérison date pour l'un de 19 mois (Obs. IX) pour l'autre de 2 ans et un mois (Obs. VIII), pour le troisième de trois ans exactement (Obs. VII).

Pour les autres cas nous avons vu que presque tous (5 sur 9) avaient été améliorés. Or, certains étaient dans des conditions déplorables pour essayer le traitement ; dans l'Obs. II, la maladie était très avancée et compliquée de néphrite ; le malade de l'observation IV meurt de tuberculose avancée ; celui de l'observation VI est rapidement emmené

par une granulie, enfin les malades des observations I et V refusèrent de suivre tout régime et, malgré cela, ou le liquide ne se reformait pas après la ponction, ou bien les ponctions diminuaient comme nombre et comme quantité de liquide.

CHAPITRE IV

Indications de l'application de la méthode

Lorsqu'il se trouve en présence d'une ascite cirrhotique d'origine alcoolique, le clinicien n'a point d'indications qui lui permettent de choisir d'emblée l'émonctoire qui aura le plus d'influence sur l'élimination du liquide péritonéal. Le professeur Chauffard en a rapporté des exemples saisissants et, pour la première fois, a insisté avec vigueur sur les services qu'on pouvait attendre de la dérivation intestinale dans des cas où ponctions et diurèse avaient échoué.

Tous les cas de cirrhoses ascitiques alcooliques, qui, depuis huit ans, se sont présentés dans le service du professeur Courmont ont été *systématiquement* traités par les ponctions suivies *immédiatement* de purgations répétées. Nous en avons rapporté l'histoire clinique et il convient maintenant d'examiner ces faits pour tâcher de dégager les

indications qui commandent l'application de la méthode.

Quels sont les cas qui guérissent par ce traitement? Quels sont ceux où la méthode échoue? Tel est le problème dont l'examen des observations va peut-être nous permettre d'approcher la solution.

— Au point de vue étiologique, la *forme de l'alcoolisme* ne paraît pas avoir d'influence. Aussi bien chez les œniliques qui ont guéri que chez ceux qui ont succombé, on trouve des cas avec association d'alcoolisme par alcool, apéritif, etc.

— Les *antécédents*, tant personnels qu'héréditaires, sont des deux côtés des plus banaux et rien ne frappe l'attention.

La *comparaison des symptômes* est plus instructive, encore que certains ne permettent pas de conclusion précise.

— Ainsi il ne paraît possible d'établir un pronostic sur la présence ou l'absence d'*ictère*.

Si nous trouvons l'ictère ou le subictère signalé cinq fois sur six dans les succès, nous le voyons noté deux fois sur quatre dans les succès. Cette légère différence en faveur de l'absence de tout ictère est vraiment trop minime pour permettre une conclusion ferme.

— De même la *nature de l'ascite*, la rapidité de sa formation ne donnent pas de renseignement plus exact.

Dans nos trois cas de guérison, l'ascite montra, il est vrai, une tendance très nette à se reformer len-

tement, mais son évolution était des plus rapides dans l'observation du professeur Chauffard.

D'autre part, la nature du liquide péritonéal n'est pas un signe plus infallible.

La formule leucocytaire de l'ascite est sans valeur pronostique.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que la plupart des ascites guéries étaient à liquide citrin, que la nature hémorragique (Obs. VIII) du liquide n'est pas un symptôme forcément funeste, que la présence d'un liquide verdâtre (Obs. I-VI), louche (Obs. III-V) paraît de moins bon augure.

— Une *hypertrophie perceptible de la rate* semble avoir plus d'importance. Si nous exceptons l'observation du professeur Chauffard où la rate est signalée comme nettement hypertrophiée, débordant les fausses côtes, nous voyons au contraire dans les observations VII, VIII, IX qu'elle n'est pas sentie à la palpation, que sa percussion reste négative.

Dans les autres observations, au contraire, l'hypertrophie de la rate était décelable dans quatre (Obs. I, III, IV, VI) des six cas rapportés.

— Une remarque plus intéressante peut être faite sur l'examen du foie, dans toutes les observations on signale le *foie comme augmenté de volume*. Aussi bien dans les trois succès que nous avons rapportés que dans l'observation du professeur Chauffard, le foie est indiqué comme étant gros, débordant nettement les fausses côtes. Nous pouvons donc considérer l'hypertrophie du foie comme un élément de favorable pronostic.

Mais ce qui frappe le plus lorsqu'on examine l'histoire clinique des malades traités, c'est que *tous les cas de guérisons, se trouvent dans le second groupe d'observations, c'est-à-dire dans les cas de cirrhoses pures, et ils s'y trouvent seuls.*

Dans tous les succès, les malades étaient indemnes d'affection organique grave. Aucune lésion n'est constatée dans les observations, sauf, pour être scrupuleux, un peu d'emphysème et de bronchite dans l'observation IX.

Dans le groupe des insuccès, au contraire, les six malades qui le composent ont été reconnus porteurs de lésions graves d'autres organes.

L'observation I nous apprend qu'un gros disque d'albumine était décelable dans les urines et que des bruits de frottements indiquaient pendant la vie une atteinte des plèvres. A l'autopsie on trouve de gros reins congestionnés et des adhérences pleurales, avec tuberculose terminale.

Le malade de l'observation IV ne meurt pas de son foie, mais de tuberculose pulmonaire, qui met au second plan l'affection hépatique; de même le malade de l'observation VI qui est rapidement emporté par une granulie généralisée.

On trouve à l'autopsie de la malade de l'observation II de la sclérose rénale et un myocarde mou, tandis que l'examen histologique décèle dans l'observation III de la néphrite interstitielle nette.

Enfin l'autopsie du malade de l'observation V révèle une symphise péricardique avec gros cœur

flasque, mitrale un peu fibreuse et athérome aortique.

De sorte que l'on peut résumer l'ensemble des observations dans le tableau suivant :

Cirrroses ascitiques avec gros foie sans autres lésions :

1. — Obs. Chauffard.	}	Guérisons.
2. — Observations VII.		
3. — Obs. VIII.		
4. — Obs. IX.		

Cirrroses ascitiques avec complications :

5. — Obs. I. — Tuberculose.	}	Amélioration passagère.	}	Morts.
6. — Obs. III. — Néphrite.				
7. — Obs. IV. — Tuberculose.				
8. — Obs. V. — Affection cardiaque.				
9. — Obs. VI. — Granulie.				
10. — Obs. II. — Néphrite. Pas d'amélioration.				

Nous avons vu dans le chapitre précédent que parfois même certains malades qui ne guérissaient pas, avaient été notablement améliorés par le traitement. Si nous rapprochons cette remarque de la conclusion du présent chapitre, nous pouvons dire que *l'on doit appliquer la méthode dans TOUS LES CAS DE CIRRHOSE ascitique d'origine alcoolique, en ayant le maximum de chances de guérison lorsque le foie est hypertrophié et que le malade est indemne de toute lésion d'un autre organe.*

CHAPITRE V .

Technique de la méthode

L'examen que nous venons de faire des observations, nous montre que les résultats obtenus par la superpurgation suivant immédiatement les ponctions, lorsque celles-ci sont nécessitées par l'abondance du liquide, sont des plus encourageants.

Il nous amène à condenser les règles qu'une expérience de près de dix années semble imposer.

Tout d'abord, il est bien entendu que le clinicien ne se privera d'aucun des moyens qu'il a à sa disposition pour combattre l'ascite, les œdèmes : diurétiques, tubes de Southey, etc. Mais il veillera surtout au *régime* du malade.

Ce régime sera le régime lacté absolu au début et pendant longtemps, puis le régime maigre sera permis et enfin le régime ordinaire lorsque l'ascite aura disparu depuis un temps appréciable.

Mais le point sur lequel le médecin devra surtout insister : c'est la *suppression complète et définitive de tout alcool*. C'est à notre avis une des conditions du succès de la méthode. Ainsi nous voyons que, dans deux de nos observations (I et V), la méthode semblait donner d'excellents résultats. Le malade de l'observation I, en particulier, eut son ascité tarie pendant deux mois, mais indocile, continuant à boire du vin, il rechuta. Nous n'hésitons pas à attribuer une grande part de l'échec du traitement chez ces malades à l'impossibilité où l'on fut de les astreindre au régime.

Le malade dûment mis au régime, la ponction parera aux accidents mécaniques. La courbe du poids du malade pesé chaque jour, permettra de saisir le moment favorable à la ponction.

On appliquera dans ces conditions les purgations répétées.

— Quel purgatif choisir? Comment l'administrer? Telles sont les questions auxquelles nous allons essayer de répondre.

Choix du purgatif. — Suivant en cela les indications du professeur Chauffard, on a fait usage de l'eau-de-vie allemande.

L'eau-de-vie allemande présente les avantages que l'on doit chercher lorsqu'on a recours à la superpurgation.

C'est un purgatif *énergique*, qui peut être donné à *hautes doses* et qui est d'un emploi commode.

Il apparaît comme supérieur au calomel, généra-

lement employé dans les affections hépatiques.

Celui-ci, en effet, ne saurait être donné longtemps de suite sans qu'il y ait intoxication, si on veut le donner à doses suffisantes pour obtenir la dérivation intestinale nécessaire.

Le seul reproche qu'on puisse reprocher à l'eau-de-vie allemande, c'est d'introduire des quantités notables d'alcool dans le traitement d'une affection hépatique. Mais les résultats remarquables obtenus permettent de conclure que cet inconvénient semble de peu d'importance.

Comment l'administrer ? Il faut administrer le purgatif *immédiatement après les ponctions, régulièrement et pendant longtemps.*

Immédiatement après la ponction. Nous insistons sur ce point. Nous croyons que tout le bénéfice qu'on attend des purgations ne sera obtenu que si on les administre *immédiatement après la ponction.* C'est au moment où les organes sont décompressés par la diminution de tension du liquide, que les phénomènes circulatoires sont moins entravés, que l'on a le plus de chance de provoquer la « pluie séreuse intestinale » que l'on recherche. Nous sommes très convaincus que les bons résultats obtenus par l'application de la méthode de Chauffard, dans le service du professeur Courmont, tient à la stricte observation de cette pratique. Il ne faut pas ponctionner et attendre quelques jours avant de purger : il faut purger le jour même de la ponction ou le lendemain au plus tard.

Bien entendu la ponction est inutile si la quantité d'ascite est faible (Obs. IX).

Régulièrement : On donnera une dose tous les quatre jours. L'intervalle de 3 jours, les repos mis entre chaque purgation, semble être l'intervalle de choix. L'effet d'une purgation énergique se fait suffisamment sentir pendant ce temps et, d'autre part, ce repos empêche l'intestin d'être par trop irrité par le traitement.

— A quelle dose faut-il donner l'eau-de-vie allemande?

Cette dose dépendra évidemment de la façon dont réagit l'intestin. Ce qu'il faut obtenir c'est une véritable « pluie séreuse ». Le malade doit aller 4 ou 5 fois à la selle par jour. Ce nombre de selles ne s'obtient guère qu'avec des doses élevées d'eau-de-vie allemande.

On pourra tâter la susceptibilité du malade au début, par des doses de 15 à 20 gr., mais on sera rapidement amené, dans la plupart des cas, à donner 40 gr.. On peut dire que le plus souvent c'est cette dose qui devra être employée d'emblée.

Ces doses peuvent paraître énormes, exagérées même, elles seront généralement nécessaires si on veut obtenir les résultats que peut donner la méthode.

Dans l'application de ce traitement par doses intensives, nous n'avons jamais noté d'accident, ni intoxication, ni irritation excessives de l'intestin.

Les coliques étaient très supportables, parfois même absentes et tous les malades ont bien toléré

ces grosses quantités longtemps répétées. Le malade de l'Observation VI prit 360 gr. d'eau-de-vie allemande en un mois; celui de l'observation VIII, prit 360 gr. d'eau-de-vie allemande en un mois; celui de l'observation VII 430 gr. dans le même laps de temps; celui de l'observation IX 1080 gr. en 3 mois $1/2$, celui de l'observation V 1480 gr. en 5 mois. Tous ont suivi volontiers le traitement et sans accident.

— On pourra même porter à 50 gr. la dose d'eau-de-vie allemande (observation IX) si les selles diminuent comme nombre. Nous ne croyons pas qu'on doive dépasser ce chiffre, et si la quantité des selles vient à diminuer, il est préférable alors d'adjoindre au traitement un lavement purgatif les jours où le malade ne sera pas purgé par l'eau-de-vie allemande (observation IX).

— Si, au contraire, une diarrhée persistante s'installait, il serait évidemment indiqué de suspendre les purgations.

— Lorsque l'ascite est tarie, que le malade reprend ses occupations, il convient de le mettre à un régime qui consiste dans la suppression absolue de tout alcool.

Les trois malades guéris sans récurrence se sont soumis de bonne grâce à cette obligation. Ils ne boivent que de l'eau ou du lait. Comme aliments ils sont au régime ordinaire.

De plus chaque semaine ils se purgent avec 40 gr. d'eau-de-vie allemande, prolongeant ainsi de façon atténuée le traitement qu'ils suivaient à l'hôpital.

Telle est la méthode de traitement qui fut appliquée aux deux cirrhoses que nous venons de rapporter. Elle met au premier plan un émonctoire que l'on considère d'ordinaire comme secondaire, et auquel on ne fait que de timides appels.

Les résultats absolument remarquables obtenus (3 guérisons datant de 16 mois, 25 mois, 2 ans — une guérison temporaire, 4 améliorations) commandent d'y avoir toujours recours.

Souvent elle sera efficace là où aura échoué la diurèse et presque toujours elle sera à celle-ci un aide puissant dans l'élimination des liquides ascitiques cirrhotiques. Mais il faut pour obtenir de bons résultats agir avec énergie et constance, il faut ériger les purgations répétées en traitement et non en incidents du traitement.

Cette opinion émise par M. le professeur Chauffard est pleinement confirmée par les résultats obtenus en appliquant systématiquement sa méthode.

CONCLUSIONS

I. — Un traitement peu connu des ascites cirrhotiques alcooliques consiste dans des purgations répétées suivant les ponctions du liquide.

II. — Les résultats remarquables obtenus par cette méthode (4 guérisons sur 10 cas) commandent de l'appliquer dans tous les cas d'ascite d'origine cirrhotique.

III. — Les plus grandes chances de guérison se rencontrent dans les cirrhoses avec gros foie, surtout lorsqu'elles sont *pures*, c'est-à-dire qu'aucune affection d'un autre organe n'y est surajoutée.

IV. — Le traitement consiste à faire suivre les ponctions immédiatement de purgations avec 40 gr. d'eau-de-vie allemande répétées tous les 4 jours.

Le Président de la Thèse,

J. COURMONT.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 novembre 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

